Ueber den Einfluss

der

weiblichen Geschlechtskrankheiten

auf das Nervensystem

mit besonderer Berücksichtigung

des Wesens und der Erscheinungen

der Hysterie.

Von

Dr. Amann,

ao. Professor und Vorstand der gynäkologischen Klinik und Poliklinik
an der Universität München.

Zweite vermehrte und vielfach veränderte Auflage.

Erlangen.
Verlag von Ferdinand Enke.
1874.

Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

Vorwort zur ersten Auflage.

Es kommt Niemand in den Sinn, die Fortschritte, welche in den letzten Jahrzehnten, ich darf wohl sagen, in den letzten Jahren auf dem Gebiete der physiologischen und pathologischen Anatomie durch die mikroskopischen, histochemischen und elektrischen Untersuchungen gemacht worden sind, zu ignoriren oder zu unterschätzen; aber kein Physiologe oder pathologischer Anatom wird behaupten wollen, dass gerade das wichtigste und interessanteste Kapitel, die Nervenphysiologie und Nervenpathologie trotz der bedeutenden Resultate, welche die Nervenphysik in der neuesten Zeit für die Wissenschaft gewonnen hat, in befriedigender Weise aufgeklärt sei. Sind wir doch nicht einmal im Stande, uns eine bestimmte Vorstellung über die Vorgänge im Gehirn zu machen, wenn wir z. B. einen Finger beugen oder strecken! Wie sollen wir uns den cerebralen Proecss erklären, durch welchen allgemeine tonische oder klonische Convulsionen oder anderweitige Innervationsstörungen zu Tag treten? Wenn wir bei den Krankheiten der meisten anderen Theile des Organismus, welche lethal geendet haben, nur selten wesentliche Differenzen zwischen der bei Uebernahme des Patienten gestellten klinischen und der den Obductionsresultaten entsprechenden pathologisch-anatomischen Diagnose finden und dadurch für die hervorragenden Krankheitserscheinungen im Leben meist einen unzweideutigen Erklärungsgrund haben, so fehlt uns bei der grossen Mehrzahl der Neurosen jede sichere Erklärung aus der materiellen Veränderung der Nervensubstanz, so dass wir veranlasst sind, die Functionsstörungen als solche in ihrem Wesen

und ihrer Bedeutung zu prüfen sowie ihre Entstehung und ihren ursächlichen Zusammenhang mit anderen Organen zu studiren. Dieser Umstand erschwert häufig die Feststellung einer sicheren Diagnose, macht die Prognose zweifelhaft und bannt die therapeutischen Massregeln in enge Grenzen.

Möge durch die ausgedehnten Untersuchungen der Physiologen und pathologischen Anatomen dem Kliniker bald eine sichere Basis gegeben werden für die Beurtheilung der so häufig beobachteten Symptome abnormer Nerventhätigkeit, damit das seit Jahrhunderten mit grossem Fleisse und grosser Umsicht gesammelte neuropathische Material verwerthet werden könne!

Doch die schönsten Hoffnungen haben oft einen weiten Weg zu machen und man darf desshalb, indem man nur Unsicheres zu erhalten fürchtet, nicht die Hände in den Schooss legen, sondern man soll das Erreichbare anstreben, d. h. die klinischen Erfahrungen in der Pathologie der Neurosen mit pedantischer Genauigkeit dazu benützen, in Verbindung mit den jeweiligen physiologischen und pathologisch-anatomischen Errungenschaften der Wissenschaft empor zu helfen; sie sind nicht bloss für die anatomisch-histologischen, elektrischen und histochemischen Untersuchungen von grosser Bedeutung, sondern geben uns auch manche practische Regel für die Pathogenese und das Wesen der einzelnen Neurosen an die Hand.

Zu den dunkelsten und zugleich zu den wichtigsten Nervenkrankheiten gehören jene, welche mit den pathologischen Processen der weiblichen Sexualorgane in directer oder indirecter Beziehung stehen und zum grossen Theile unter dem Namen der Hysterie zusammengefasst werden. Wer Frauenheilkunde nicht bloss am Schreibtische treibt, überzeugt sich mit jedem Tage mehr, dass die weiblichen Geschlechtskrankheiten weitaus das grösste Contingent für die verschiedenen Formen der Neurosen liefern und dass der Causalnexus zwischen ersteren und letzteren dem Praktiker vollkommen klar sein müsse, will er sich nicht Irrthümern in der Diagnose und Prognose hingeben und ein resultatloses, wenn nicht selbst schädliches Experimentiren in der Behandlung wagen.

Durch meine früheren Reisen einerseits und durch eine siebenjährige ausgedehnte Frauenpraxis andrerseits war ich in die angenehme Lage versetzt, in der vorliegenden Frage tiefere Studien zu

machen und fühle mich daher berechtigt, meine Erfahrungen und Anschauungen über einen Gegenstand mitzutheilen, in welchem noch so Vieles der Aufklärung harrt, dass selbst der geringste Beitrag nicht untersehätzt werden darf. Ferner wirkt direct anregend hiezu der Umstand, dass mit wenigen Ausnahmen, z. B. Seanzoni, C. Mayer in Berlin, von den Gynäkologen von Fach in den letzten zehn Jahren wesentliche Beiträge zur Aufklärung der Aetiologie der Neurosen geschlechtskranker Frauen nicht geliefert worden sind — ein Nachtheil, welcher um so mehr in die Wagschale fällt, als nach meiner Ueberzeugung vorzugsweise Frauenärzte berufen sind, darüber practische Studien zu machen. Die Specialisten der internen Medizin sowie die Neurologen haben die Symptome der in Rede stehenden Neurosen in gründlicher und erschöpfender Weise dargestellt, so dass hierin der Zukunft nur mehr eine geringe Aufgabe zufällt. Ich verweise hier auf die bezüglichen Kapitel in den Lehrbüchern von Hasse, Niemeyer, Romberg, Valentiner, Leubuscher, Briquet, Mareé, Johnson, Watson sowie auf die ergänzenden Aufsätze von Benedikt und Anderen in der Wiener mediz. Wochenschrift; ferner mache ich aufmerksam auf die gediegenen Arbeiten von Duchenne, Remak, Ziemssen, Rosenthal, Benedikt, welche durch die Einführung der Electricität in die Medizin zum gründlichen Studium der Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Neurosen wesentlich beigetragen haben. Es ist nun Sache der Gynäkologen, den Causalnexus, in welchem die Neurosen zur Geschlechtsthätigkeit und zu den Anomalien der einzelnen Geschlechtsorgane stehen, zu untersuchen und genauer festzustellen. Vorliegende Abhandlung hat den ausschliesslichen Zweck, diesem Punkte Rechnung zu tragen.

Nach ausführlicher Besprechung der Symptome der Hysterie habe ich das Wesen und die Aetiologie dieser Neurose mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der einzelnen Geschlechtskrankheiten auf dieselbe einer eingehenden Betrachtung unterzogen; daran reiht sich die Darstellung des ätiologischen Verhältnisses der übrigen Neurosen, welche von den Krankheiten der weiblichen Sexualorgane abhängen.

Ich hielt es zum Verständnisse der Pathogenese und Aetiologie sowie des Wesens der Hysterie für unbedingt nothwendig, die Haupt-

symptome derselben zu besprechen; um einzelne derselben, welche ein besonderes Interesse darbieten, wie z. B. die Katalepsie, besser zu beleuchten, habe ich Krankengeschichten beigefügt. Indem ich dann die verbreitetsten Theorieen über das Wesen der Hysterie anführe und deren Mängel darthue, suche ich meine Ansicht über die Hysterie zu entwickeln und zu begründen.

Die bei der Besprechung des Einflusses der einzelnen Geschlechtskrankheiten auf die Pathogenese der Neurosen angeführten statistischen Zusammenstellungen, welche ich durch genaue Aufzeichnung von vorurtheilsfreien, objectiven Beobachtungen gewonnen habe, weichen von jenen anderer Praktiker in einzelnen Punkten wesentlich ab. Die Erklärung hiefür mag zum grossen Theile aus mancherlei äusseren Umständen sich ergeben. Es ist nämlich nicht gleichgültig, ob ein Spitalarzt und Kliniker oder aber ein praktischer Arzt oder Polikliniker statistische Zusammenstellungen liefert, namentlich bei chronischen Nervenkrankheiten. Letzterer hat stets den grossen Vortheil, die psychischen Fähigkeiten und Eigenthümlichkeiten seiner Patienten kennen zu lernen sowie den Einfluss der differenten äusseren Lebensverhältnisse auf die betreffende Krankheit beurtheilen zu können; ferner ist der praktische Arzt oft in der Lage, den Kranken Jahre lang unter seinen Augen zu haben und so den Verlauf, die Dauer sowie den Ausgang des Leidens zu studiren, wodurch ihm manche vorher räthselhafte Erscheinungen klar gemacht werden, während der Spitalarzt gemeinhin die Kranken nur relativ kurze Zeit und unter aussergewöhnlichen äusseren Verhältnissen (im Krankenhause) beobachten kann.

München, den 15. August 1868.

Dr. Amann.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Bald nach dem Erscheinen der ersten Auflage wurde mir durch die Uebernahme der an hiesiger Universität neu errichteten gynäkologischen Klinik und Poliklinik ein nicht unbedeutendes Material zur Disposition gestellt. Dieser Zuwachs an gynäkologischen Kranken hatte für mich einen um so grösseren Werth, als dieselben ausschliesslich der niederen Klasse angehören, während die von mir in der Privatpraxis behandelten Kranken zum weitaus grösseren Theile aus den besseren Ständen entnommen sind. Dadurch hatte ich also nicht bloss überhaupt ein grösseres Feld zu Beobachtungen gewonnen, sondern war auch insbesondere in den Stand gesetzt, das relative Häufigkeitsverhältniss der Hysterie bei den höheren und niederen Klassen zu studiren.

Habe ich in der ersten Auflage das Wesen der Hysterie als „eine in der Entwicklung begründete eigenthümliche Organisation des gesammten Nervensystemes in Verbindung mit besonderen veranlassenden Momenten“ aufgefasst, so kann ich dies gegenwärtig mit noch grösserer Ueberzeugung thun, da ich in einer grossen Anzahl von Fällen, welche ich seither mit erhöhtem Interesse beobachtete und studirte, meine frühere Anschauung bestätiget fand. Auch in den mittlerweile erschienenen Schriften von Neurologen, in welchen die Hysterie besprochen wurde, fand ich zum grossen Theile meine Theorie mehr minder vollkommen adoptirt.

Mit Bezug auf Symptomatologie werden die Leser in der zweiten Auflage manche Aenderung und viele Zusätze finden. Es liegt dies in der Natur der Sache, da ich seit dem Erscheinen der ersten Auflage einerseits viele selbstständige Erfahrungen und Studien über ein-

zelne Symptome machte, andrerseits das inzwischen in der Literatur angehäufte Material berücksichtigte.

Als wesentliche Aenderung habe ich eine bedeutende Einschränkung des Begriffes der Hysterie vorgenommen, da mir das Studium der statistischen Angaben über die Häufigkeit dieser Neurose die Ueberzeugung aufdrängte, dass dieser Begriff viel zu ausgedehnt und elastisch sei. Wir finden in der That, dass der eine Beobachter nur 5 bis 10% Hysterische unter seinen Kranken zählt, während der andere ceteris paribus deren 15 bis 20% als hysterisch bezeichnet. Es leuchtet ein, dass bei einer so differenten Auffassung der Diagnose der Hysterie die Statistik derselben nahezu werthlos wird. Desshalb ist es nach meinem Dafürhalten wichtig, dass die Aerzte den Begriff der Hysterie möglichst genau fixiren und nur jene Fälle als hysterisch bezeichnen, bei welchen ganz entschiedene Erscheinungen wie z. B. ausgeprägte hysterische Paroxismen vorhanden sind. Auf diese Weise werden dann die leichteren Fälle von allgemeiner psychischer oder somatischer Hyperästhesie mit zeitweilig auftretenden Exacerbationen, wie sie auch bei Männern ungemein häufig vorkommen, ausgeschieden und eine solide Basis für die spätere Statistik gewonnen. Wenn auch dadurch, was sich indess selten ereignen dürfte, der eine oder andere Fall von wirklicher Hysterie, namentlich bei kurz dauernder Beobachtung für die Statistik verloren geht, so wird diese durch Ausscheidung von zahlreichen, nicht hysterischen Fällen doch bedeutend gewinnen. Ich habe daher in der 2. Auflage nur ganz ausgeprägte Fälle als hysterische anerkannt und dieselben zum leichteren Verständnisse dieser meiner Auffassung als Fälle von „exquisiter Hysterie“ bezeichnet.

Wenn ich diese von der bisherigen Praxis abweichende genauere Präcisirung der Diagnose der Hysterie für eine unabweisbare Nothwendigkeit halte, bin ich mir gar wohl bewusst, dass es keine so leichte Aufgabe ist, hier die richtige Grenze zu finden; doch drängt es mich, hiefür die Initiative zu ergreifen und die Aufmerksamkeit der Collegen bei ihren weiteren Beobachtungen und Studien auf diesen Gegenstand zu lenken.

München, den 8. August 1874.

Der Verfasser.

Literatur.

Aegineta, Art. med. compend. libr III. — Althaus, Wesen und Behandlung der Hysterie. London. Berliner deutsche Klinik 1866 No. 16. — Aretaeus, De causis et signis diuturnorum morborum liber primus. Kuehn, Leipzig 1828. — Aristoteles, liber VII cap. II. — Ashwell, a practical treatise on the diseases peculiar to women. London 1848. — Ballonius, De morb. mulier. 1852. — Benedikt, Wiener mediz. Wochenschrift 1868, Nervenpathologie und Electrotherapie 1874 — Boerhaave, Aphorism. de cognoscend. morb. 1768. — Boile, Usefulness of exp. philos. — Braehet, Traité des convulsions dans l'enfance 1835. — Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859. — Brodie, Lectures illustrative of certain nervous affections 1837. — Cailloux, Girard de, Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales. Paris 1863. — Calmeil, Aus dem Diction. de médezine; Art. Catalepsie. — Carter, on the pathology and treatment of hysteria, London 1853. — Celsius Aurelianus, De morbis acutis et chronicis Amsterdam 1727. — Churchill, on the diseases of women 1857. — Conolly, Cyclopaedia of practical medecine, edited by Forbes, Tweedy and Conolly Bd. II. — Constans, Relation sur une épidémie d'hystêro-démonopathie. Annal. med. psych. Paris 1862. — Dewees, Prof. der Geburtshilfe in Philadelphia: Die Krankheiten des Weibes, mit Zusätzen und Anmerkungen versehen von Dr. H. Busch, Prof. der Geburtshilfe zu Berlin 1837. — Dubois, Die gründliche Heilung der Hypochondrie und Hysterie. Uebersetzt und mit Zusätzen versehen von Ideler 1840. — Dumoulin, Traité des convulsions comprises sous le nom de vapeurs 1703. — Druitt, the surgeons vademecum, Vinth edition London 1865. — Esquirol, Maladies mentales. — Eulenburg, Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten. Berlin 1871. — Fernet, de l'oligurie et de l'anurie hysteriques et des vomissements, qui les accompagnent. Union medicale 1873. — Forget, Recherches cliniques sur les neuroses de l'hystérie. Gaz. méd. Paris 1847. — Galenus, Michéa Annal med. psych. 1843. De symptom causis. — Gallway, acute hysteria in the male. Medic. tim. and gaz. Novbr. 1854. — Georget, Dictionnaire de médecine. De l'hypochondr. et de l'hystérie. Paris 1824. — Hasse, Krankheiten des Nervenapparates. Handbuch der spez. Path. und Ther. redigirt v. Virchov. Erlangen 1855. — Hergt, allgem. Zeitschrift für Psychiatrie etc., 27. Bd. 6. Heft. Berlin 1871. — Highmore, de pass. hyster. et hypochondr. Jena 1677. — Hippokrates, de affection. De morbis mulier. — Ders., Aphorism. De motibus spasmodicis vagis et. Diss. de morb. hyst. vera indole. Hal. 1733. — Hoffmann, System med. Tom. III. — Holst, Beiträge zur Gynäkologie und Geburtskunde. Tübingen 1867. — Johnson, The morbid emotions of women, their origin and treatment. 1850. — Kiwisch, Klinische Vorträge. I. u. II. Bd. — Leubuscher, Die Krank-

heiten des Nervensystemes. Leipzig 1860. — Landouzy, Traité de l'hystérie 1847. — Lazansky, Compend. der Path. und Ther. Erlangen 1868. — Locw, De hysteria acuta. Dissert. Berlin 1863. — Luyer-Villermay, Traité des maladies nerveuses. Paris 1816. — Ders., Art. Hystérie. Dict. des sciences médec. 1818. — Mandville, A treatise of the hypochondriac und hysteric passions, dialogues I, and II. — Marcé, Des altérations de la sensibilité 1860. — Ders., Traité pratique des maladies mentales 1862. — Meyer, L., Annalen der Charité Hft. 3. 1854. — Ders., Ueber acute tödtliche Hysterie. Virchow's Archiv Bd 9 Heft 1 u. 2. — Mayer, C., Verhandlungen der Gesellsch. f. Geburtshilfe zu Berlin. VI. — Mayer, L., Monatsschrift f. Geburtsh. Juli 1862. — Niemeyer, Pathologie und Therapie. Berlin. 7. Anfl. 1868. — Oppolzer, Allgem. Wiener mediz. Zeitung. — Piso, Carolus, Select. observ. et concil. de morbis serosis L. Ponte ad Montic. 1618. — Pomme, Traité des affections vaporeuses. Lyon 1767. — Putigrat, Journ. de med. de Bruxelles Novbr. 1861. — Raulin, Traité des affections vaporeuses du sex 1759. — Remak, Application div. curant. constant. Paris 1865. — Romberg, Nervenkrankheiten 1853. — Rosenthal, Nervenkrankheiten. Erlangen 1870. — Szanzoni, Die Krankheiten der weiblichen Brüste und Harnwerkzeuge sowie die dem Weibe eigenthümlichen Nerven- und Geisteskrankheiten. Prag 1859. — Charcot, Leçons clinicales sur les maladies du systeme nerveux. Paris 1873. — Schützenberger, Etudes sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques. Paris 1846. — Sennerti opera omnia V. — Sims, Marion, Klinik der Gebärmutter-Chirurgie. Erlangen 1866. — Simpson, Clinic. lectur. in Med. times. gaz. 1859. vol. I. — Skoda, Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1852. — Sky, Lectures on hysteria. — Medical Times. London 1866. — Swieten, van, Commentaria in Hermanni Boerhaavi aphorismen. de cogoscendis et curandis morbis. — Sydenham, pract. med. Feb. intermitt. — Ders., Epist. ad Cole de variolis confluentibus et affectione hysterica. — Szokalsky, Prager Vierteljahrsschrift 1851. — Tate, Treatise on hysteria 1830. — Tissot, Oeuvres de Tissot. édit. de Hallé. — Tode, De morbis spasmodicis, hystericis praesertim 1793. — Türk, Zeitschrift der Wiener Aerzte 1850. — Valentiuer, Die Hysterie und ihre Heilung. Erlangen 1852 — Velpeau, Die Convulsionen der Schwangerschaft, während und nach der Entbindung. übers. Bluff. Köln 1835. — Vieussen, Neurograph. Lib. III. — Virchow, Archiv für path. Anatomie u. Physiologie und für klin. Medizin Bd 9. 31. u. 37. — Watson, Thomas, Lectures on the principles and practice of Physic, with additions by Dr. Francis Condie, Philadelphia 1858. — Willis, Thomas, Opera omnia. London. Cap. I de morbis convuls. — Ders., Ex affectionum, quae dicuntur hystericae et hypochondriacae, pathologia. London 1670. — Willis et de Moor, Pathologia Cerebri. Amsterd. 1704. — Whytt, Robert, Observations od the nature causes and cure etc. London 1763. — Wunderlich, Pathologie und Therapie 1858. — v. Ziemssen, Die Electricität in der Medicin. Berlin 1872. Vierte Auflage. — Zimmermann, Versuch über Hypochondrie und Hysterie. Bamberg 1815.

Symptome der Hysterie.

Wenn wir die Erscheinungen der Pneumonie, des Typhus, der Tuberculosis oder irgend einer anderen Krankheit in ihrem ganzen Verlaufe verfolgen, finden wir dieselben beinahe stets in derselben Anzahl, Verbindung und Reihenfolge vor, mit anderen Worten, wir haben ein bestimmtes Krankheitsbild vor uns, und ist es uns daher ein leichtes, eine zusammenhängende, die Krankheit erschöpfende Schilderung zu machen. Ganz anders verhält es sich bei der Hysterie. Hier treten uns bei der zahllosen Menge der Erscheinungen und deren mannigfaltigen Gruppirungen, bei dem häufigen Wechsel derselben während des Verlaufes dieser Krankheit die verschiedenartigsten Krankheitsbilder vor Augen, und wäre daher der Versuch, eine ähnliche Schilderung der in Rede stehenden Neurose zu machen, eine fruchtlose Arbeit. Eine classificirte Erörterung der einzelnen Symptome wird demnach hier vorzuziehen sein.

Bekanntlich werden alle Erscheinungen der Hysterie ausschliesslich durch veränderte Thätigkeit der centralen wie der peripherischen Nervenapparate hervorgerufen. Wir haben es dabei mit Störungen der Sensibilität, Störungen der Motilität, Störungen der vasomotorischen und trophischen Nerven und endlich mit psychischen Functionsstörungen zu thun.

Der Anfang soll mit der Schilderung der am häufigsten beobachteten, ja ich darf sagen, stets vorhandenen Symptome gemacht werden, es sind dies die **Sensibilitätsstörungen.**

Unter diesen muss uns zunächst die abnorm gesteigerte Sensibilität (Hyperästhesie) interessiren.

Die Hyperästhesie, von den Laien „Nervenschwäche" genannt, welche vielen Nervenkrankheiten als Ausgangspunct dient, stellt meist lange Zeit das einzige Symptom der Hysterie dar und leitet die Krankheit so zu sagen ein; sie bleibt aber auch ein treuer Begleiter derselben während des ganzen Verlaufes, und wird nicht selten als belästigendes Ueberbleibsel der abgelaufenen Neurose vorgefunden.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die allgemeine Hyperästhesie in einem gesteigerten Erregungszustand der peripherischen Nervenausbreitungen einerseits und in einem veränderten Perceptionsverhältnisse im Centralorgane andrerseits begründet sei.

In welcher Weise nun äussert sich die abnorm gesteigerte Sensibilität?

Sehr häufig äussert sich die vermehrte Empfindlichkeit der sensuellen Nerven mit dem Gefühle hochgradigen Missbehagens gegen relativ geringe Reize. Starke Geräusche, unbemessenes Zuschlagen der Zimmerthüren, starkes Auftreten beim Gehen, oft schon lautes Gespräch berührt Hysterische unangenehm oder verletzt sie auf's Aeusserste. Alle grellen und bunten Farben, namentlich die rothe, sind ihnen meist zuwider, ebenso reizt sie grelles Licht, und viele können nicht einmal die gewöhnliche Helle des Tages vertragen; man findet sie beinahe stets in dunkeln Zimmern. Einige schmecken die geringsten Mengen von Salz oder Gewürz in der Suppe und weisen sie deshalb zurück; der Geruch von manchen wohlriechenden Blumen regt sie auf und macht ihnen Kopfweh. In Verbindung mit dieser Hyperästhesie der Sinnesnerven erscheinen nicht selten die Idiosynerasien, wie wir sie auch bei Frauen in den ersten Monaten der Schwangerschaft und bei Chlorotischen sehr oft beobachten. Welcher Arzt weiss nicht, das Hysterische mit Wohlbehagen Papier und Federn verbrennen, um sich an deren Geruch zu laben? Campher- und Moschusgeruch lieben sie ebenfalls. Manche von ihnen tragen unwiderstehliches Verlangen nach dem Genusse von Siegellack, Kreide, Wachs und Stearin, Bleistift, Kümmel u. dgl, Asa foetida, Valeriana und andere, Gesunden widerlich schmeckende Substanzen nehmen sie gerne, während eine Medizin von gutem Geschmacke ihnen bisweilen nicht beizubringen ist.

Eine weitere gemeinhin nicht so häufig beobachtete Erscheinung der Hyperästhesie ist die abnorm vermehrte Schärfe der Sinne. Wie Blinde erkennen sie durch ihr feines Tastgefühl die kleinsten Unterschiede der Oberfläche, der Form und der Consistenz der Körper, nehmen die geringsten Temperaturunterschiede und Gewichtsdifferenzen wahr. Ebenso verhält es sich mit dem Geruch-, Gehör- und Gesichtssinne. Ich kenne eine hysterische Dame, welche frische Kirschen durch ein Zimmer hindurch riecht und durch den Geruch Personen von einander unterscheidet. Das Gehör ist bei manchen derartigen Kranken so fein, dass sie, wenn ihre Aufmerksamkeit nicht durch irgend welche geistige Thätigkeit in Anspruch genommen ist, die leisesten Geräusche wahrnehmen und dadurch in ewige Zerstreuung gerathen. Durch den verschärften Gesichtssinn sehen sie im dunkeln Zimmer Gegenstände und Bewegungen, von welchen gesunde, mit gutem Gesichte versehene Menschen bei der grössten Aufmerksamkeit nichts entdecken können.

Diese Eigenschaften der Sinne müssen dem gewöhnlichen Menschen

in hohem Grade auffallen und imponiren, so dass die damit Begabten sie sehr leicht zu egoistischen Zwecken und Betrügereien ausbeuten können. Ausser den Zeichen einer krankhaft gesteigerten Erregbarkeit im Bereiche der sensiblen Nerven unterscheiden wir mit Niemeyer auch Zustände krankhafter Erregung, „welche mit jenen nicht identificirt werden dürfen". Hieher zählen die zahlreichen Neuralgien, welche bei Hysterischen vorkommen.

Am häufigsten beobachtet man die Intercostal-*) und Lumbalneuralgien, dann die Hemicranie (Migraine), welche von den meisten Autoren zu den Neuralgien gerechnet wird, den Clavus hystericus, die Prosopalgie (Fothergill'scher Gesichtsschmerz), die Mastodynie und die Ischias. An diese reiht sich das höchst eigenthümliche Gelenkleiden (Arthropathia hysterica) sowie der selten fehlende Rückenschmerz bei Hysterischen an.

Die Schmerzhaftigkeit im Epigastrium tritt als reine Neuralgie der Magennerven häufig auf; sie darf aber nicht mit jener verwechselt werden, welche durch ein nicht so selten vorkommendes Ulcus rotundum (bei gleichzeitig vorhandener Chlorose) oder durch abnorme Ausdehnung und Spannung des Magens in Folge von Gasansammlung verursacht wird. Ferner wird in seltenen Fällen eine circumscripte Neuralgie unter dem Herzen**), oder am Processus xyphoideus, oder endlich seitlich und unterhalb des Nabels beobachtet. Die zuletzt genannte Neuralgie darf aber nicht verwechselt werden mit den kolikartigen Schmerzen, welche um den Nabel herum und tiefer unten im Becken, namentlich in den Inguinalgegenden, besonders um die Zeit der jedesmaligen menstrualen Vorgänge sich bisweilen vorfinden. Dieselben lassen sich entweder aus der Gasanhäufung und Spannung der Gedärme, oder aber aus dem Vorhandensein von Krankheiten des Uterus (namentlich Flexionen und Fibroide desselben) erklären.

Unter der Bezeichnung „Ovarialhyperästhesie" stellt Chareot den Eierstockschmerz in die Reihe der Symptome der Hysterie ein. Nach seinen Erfahrungen hat dieser Schmerz meistens in der linken Seite, soweit das Hypogastrium herabreicht, seinen Sitz, kann aber auch doppelseitig sein. (Skey***), welcher ebenfalls auf den bei Hysterischen häufig vorkommenden Schmerz in der Unterbauch- oder Eierstockgegend aufmerksam macht, findet denselben dagegen ungleich häufiger auf der rechten Seite.) Briquet stimmt diesen Ansichauungen Chareot's nicht bei und hält den Eierstockschmerz für hysterische Myodynie.

*) Szokalsky. (Prager Vierteljahrsschrift 1851. Heft IV.)

**) Todd, (Lectures on Hysteria. Lancet 1843.)

***) Skey, Hysteric. Local or surgical forms of hysterie. London 1870.

Viele hysterische Frauen klagen über heftige Schmerzen beim Coitus. Diese Theilerscheinungen allgemeiner Hyperästhesie sind meist durch krankhafte Veränderungen am Uterus, Rectum, seltener an der Vagina und Urethra bedingt. Sehr selten treten dieselben als reine Neuralgien auf; beinahe immer fand ich in solchen Fällen Veränderungen im Sexualapparat (bei mehr als 80%), so dass nicht einmal bei 20% der Schmerz als rein neuralgischer erkannt werden kann. Auch Hasse machte ähnliche Beobachtungen. Valentiner macht auf eine eigenthümliche schmerzhafte von jedem Magen- und Darmleiden unabhängige Affection aufmerksam, welche er bei mehreren Hysterischen in ganz unregelmässigen Intervallen und ohne irgend welche ursächliche Einwirkung beobachtet hat. Dieser Autor, dessen Verdienste um die Lehre der Hysterie wohl Niemand verkennen wird, spricht sich darüber in folgender Weise aus:

„Diese Affection, deren Bild zwischen dem der Peritonitis und der Kolik liegt, lässt sich kaum anders deuten, denn als Hyperäthesie des Peritoneums. Der Leib war dabei in keiner Weise aufgetrieben oder gespannt, aber der geringste Druck überall an der Bauchwand war den Kranken äusserst empfindlich, und besonders waren es die durch zufällige Husten oder Niesbewegungen hervorgerufenen Erschütterungen, welche den Kranken entsetzliche Schmerzen verursachten. Von Zeit zu Zeit traten daneben spontane, kolikartige Schmerzen auf. Man überzeugte sich leicht, dass nicht die Haut des Abdomens Sitz dieser Hyperästhesie war, denn ein leichtes darüber Hinfahren, wobei zwar Druck vermieden wurde, verursachte keine Schmerzen".

Ich erinnere mich, eine derartige schmerzhafte Affektion öfter beobachtet zu haben, und rechne hieher jene nicht so gar seltenen Fälle, in welchen die Kranken behaupten, sie hätten schon sehr oft eine Unterleibsentzündung oder Leberentzündung u. s. f. durchgemacht, und wo man sich dann bei Gelegenheit eigener Beobachtung von der unrichtigen, laienhaften Auffassung eines solchen Zustandes vollkommen überzeugen kann.

Schliesslich können wir hier eine sehr oft beobachtete Art der Hyperästhesie, jene der Haut nicht übergehen. Die Bezeichnung „Hautweh" dürfte der Affection wohl am besten entsprechen. Die behaarte Kopfhaut ist ein häufiges Object derselben; die Kranken werden unangenehm gereizt, wenn man ihnen mit der Hand durch die Haare fährt und dieselben aus ihrer gewohnten Lage zu streichen versucht; selbst das Flechten der Haare, wodurch eine Zerrung der Haut verursacht wird, ist sehr lästig. Meistens ist es das Hinterhaupt, an welchem diese Art von Kopfschmerz sich einstellt. Ausserdem

zeigt sich besonders die Haut der Brust, des Unterleibs und des unteren Theiles des Rückens in der gedachten Weise hyperästhetisch. — Um den Ueberblick zu erleichtern, habe ich bei der Aufzählung der Neuralgien einige sehr bedeutende nicht näher besprochen, und will dies nun hier nachholen.

Durchaus nicht ausschliesslich dem weiblichen Geschlechte angehörig ist die Migraine (Hemieranie). Dieselbe tritt bei den meisten Hysterischen, und zwar in der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle linkseitig, selten wechselnd auf; sie erscheint vor oder während der Katamenien häufiger und in höherem Grade. Scanzoni fand diese Neuralgie unter 217 hysterischen Kranken 179mal oder bei 82,4%; ich konnte dieselbe unter 318 exquisit hysterischen Fällen 230 mal oder bei 72,3% constatiren. Sie befällt — daher der Name — fast immer die eine Kopfhälfte, und sind vorzugsweise Stirn- und Schläfengegend der Sitz des heftigsten Schmerzes. In der Regel werden die Kranken bald nach dem Erwachen oder einige Zeit nach dem Aufstehen von den gefürchteten Vorboten des Anfalles, Müdigkeit, Neigung zum Gähnen, hochgradig gesteigerter Empfindlichkeit besonders gegen Licht und Geräusche, Verstimmung, pappigem Geschmacke, Appetitmangel, zeitweise auftretendem leichteren Frösteln, endlich von Schwere und Eingenommenheit des Kopfes und leichteren, aber meist rasch zunehmenden Kopfschmerzen überrascht. Du Bois Reymond hat zuerst auf die Erscheinungen in den vasomotorischen und pupillären Nerven der schmerzenden Stirnseite aufmerksam gemacht; er fand das Gesicht auf der leidenden Seite bleich, das Auge klein und geröthet, die Pupille desselben erweitert; Bewegung, Husten, Niesen, Bücken, u. a. erhöhten den Schmerz. Nachdem die Schmerzen mit oder ohne Unterbrechung mehrere Stunden oder einen, bisweilen sogar mehrere Tage lang gedauert haben, und bei den heftigeren Fällen die Uebelkeit bis zu einem hohen Grade zugenommen hat, kommt es in der Regel unter heftigem Würgen zum Erbrechen einer grünlichen, bitter schmeckenden Flüssigkeit. Nach ein- oder mehrmalig erfolgtem Erbrechen tritt Nachlass der Schmerzen und häufig ruhiger Schlaf ein, von welchem die Kranken zwar mit dem Gefühle allgemeiner Schwäche, aber frei von Kopfweh aufwachen. Gewöhnlich ist damit der Anfall vorbei; hie und da aber entwickelt sich das Kopfweh nach einigen Stunden von Neuem. Das subjective Gefühl der Erleichterung des Zustandes nach dem Erbrechen erweckt bei den Kranken die Sehnsucht darnach. Der Puls ist meistens retardirt und stets klein. Die leichte Anschwellung und Empfindlichkeit der Leber, welche von anderen häufig beobachtet wurde, konnte ich

nur selten mit Bestimmtheit constatiren und hat, da sie ja auch bei Nichthysterischen häufig vorkommt, keine weitere Bedeutung.

Eine sehr geläufige Bezeichnung ist die des „Clavus hystericus“ für einen sehr begrenzten, meistens am Vorderkopfe, rechts der Pfeilnaht auftretenden intensiven Schmerz, welcher durch Druck und Bewegungen des Kopfes sehr gesteigert wird. Dieser Schmerz kommt nur selten vor. Seanzoni beobachtete denselben unter 217 Hysterischen 9mal; nach meinen Beobachtungen ist er noch seltener. Valentiner's Behauptung von dem Einflusse psychischer Affecte auf die Hervorrufung des Clavus kann ich bestätigen, nie aber beobachtete ich ein Defluvium capillorum ausschliesslich im Bereiche der schmerzhaften Stelle, wie Hasse es constatirt, während ein Ausgehen der Haare in grösserer Ausdehnung bei den heftigen und anhaltenden Kopfschmerzen eine nicht so seltene Erscheinung ist. In früheren Zeiten unterschied man ein „Ovum hystericum“ vom Clavus hystericus, weil manche Kranke über das Gefühl, als läge ein kaltes Ei an der schmerzhaften Stelle, klagten*). Die Bezeichnung „Ovum hystericum“ hört man heut zu Tage nur sehr selten mehr, und dürfte später auch der Name „Clavus hystericus“ (Mutternagel) aus der medicinischen Literatur verschwinden, da kein Bedürfniss ersichtlich ist, für einen mehr abgegrenzten hysterischen Kopfschmerz, welcher mit dem mehr ausgebreiteten übereinstimmt, eine besondere Bezeichnung beizubehalten.

Eine selten fehlende Erscheinung bei Hysterischen sind, wie wir gehört haben, die Rückenschmerzen.

Diese Hyperästhesie betrifft meistens nur die Cutis, und ist bisweilen über den ganzen Körper verbreitet (Hauthyperästhesie); schon ein leichtes Kneipen der Haut ruft heftige Schmerzen hervor. Hie und da finden wir den einen oder anderen Wirbel oder mehrere neben einander (namentlich gerne die ersten Brust- und Kreuzbeinwirbel) bei Druck oder Bewegung der Wirbelsäule sehr schmerzhaft, so dass manche Kranke in Folge dessen schwer oder überhaupt nicht gehen können; die Schmerzen treten aber überdies in manchen Fällen spontan auf und plagen ihre Opfer auch im Zustande körperlicher Ruhe, im Liegen sowohl wie im Sitzen, so dass sie sich dann zur Erleichterung an einen elastischen Körper anlehnen müssen. Die Hyperästhesie hat hier nicht bloss in der Cutis, sondern auch in den tiefer liegenden Geweben, in den Muskeln, ihren Sitz. Ich behandelte zwei hysterische Frauen, welche ihre nervösen Rücken- und Kreuzschmerzen dadurch linderten, dass sie ein nicht zu weiches Kissen an die Stuhl-

*) Astruc. Thom. IV. Pag. 57.

lehne oder an die Rückwand des Sophas oder im Bette unterlegten, um dadurch ihren Rücken und ihr Kreuz mässig zu drücken und zu erwärmen. In der Regel sind die nervösen Rückenschmerzen sehr schwer dauernd zu beseitigen, so dass die Kranken oft viele Jahre mit wenig Unterbrechung daran zu leiden haben. Desswegen und vorzugsweise wegen des häufigen Vorkommens dieser Schmerzen bei Hysterischen haben einige Autoren der Neuzeit die Hysterie irrthümlich auf Spinalirritation zurückzuführen gesucht. — Ein weiterer Punkt, auf welchen Valentiner mit Recht aufmerksam macht, ist der, dass in manchen Fällen von Hysterie neben der Hyperästhesie der im Rückgrat gelegenen Gebilde Paralysen in peripherischen Theilen bestehen, wodurch man sehr leicht verleitet werden könnte, einen causalen Zusammenhang zwischen einem durch die Spinalempfindlichkeit simulirten Leiden der Medulla und den peripherischen Lähmungen anzunehmen, welche in Wirklichkeit nicht bestehen. Unter diesen Voraussetzungen werden dann die Fälle, bei denen hysterische Lähmungen neben Hyperästhesieen der Haut und tiefer liegender Gewebe am Rücken bestehen, erstere abhängig von letzteren betrachtet, mit der derivirenden Methode (Moxen, Haarseile u. dgl. m.) und Enthaltung von Bewegungen behandelt, was quälend und erfolglos ist.

Sehr interessant ist die bei Hysterischen beobachtete schmerzhafte Affection der Gelenke, namentlich der Hüft-, Knie- und Handgelenke, welche in England sehr häufig vorzukommen scheint; nach Brodie wären wenigstens vier Fünftheile von den Gelenksaffectionen der Frauen in den höheren Classen der Gesellschaft hysterischer Natur, während bei uns eine Arthropathia hysterica eine Rarität ist. Benedict mag Recht haben, wenn er sagt: „Die hysterische Gonitis ist ein Symptom, dessen sich vorzugsweise die Engländerinnen zu erfreuen haben.“ Ich erinnere mich übrigens nicht, während meines dreimonatlichen Aufenthaltes bei Simpson in Edinburgh, welcher bekanntlich als Gynäkologe ein sehr grosses Ambulatorium hat, auch nur einen Fall von hysterischer Gonitis bei ihm oder überhaupt in England gesehen zu haben. — Hysterische Amaurose und Taubheit ist bei den Französinen häufig, Singultus und Aphonia hysterica stellt sich vorzugsweise bei den deutschen Frauen ein. — Scanzoni hat nie einen Fall von Arthropathia hysterica beobachtet, Valentiner ebenfalls nicht und hegt letzterer Autor Zweifel über das Vorkommen dieser Affection, indem er die Unterscheidung derselben von einem rheumatischen Gelenkleiden bei Hysterischen für sehr schwierig erklärt. — Ich erinnere mich an mehrere Fälle, welche mir in den letzten Jahren meiner ärztlichen Praxis zur Beobachtung kamen, welche ich aber ebenfalls nicht mit

Bestimmtheit als Arthropathia hysterica ansprechen möchte; ich hatte indess seit dem Jahre 1868 zwei Fälle von Hysterie in Behandlung, bei welchen durch die Eigenthümlichkeit der Erscheinungen die Diagnose der Arthropathia hysterica des rechten Hüftgelenkes und des Kniegelenkes begründet werden konnte. —

K. A. 37 Jahre alt, Köchin in Füssen, war als Kind vollkommen gesund; ihre Mutter soll an nervösen Zufällen gelitten haben. Im 11. Lebensjahre machte sie einen schweren Typhus durch, erholte sich von demselben vollständig und war nun bis zum 17. Lebensjahre mit Ausnahme von zeitweise auftretendem Kopfweh — stechender, klopfender Schmerz um die Stirn und zuweilen auch am Hinterhaupte — ganz wohl; die Menstruation hatte sich nicht eingestellt. Um diese Zeit zeigten sich die ersten Erscheinungen von Bleichsucht, Appetitmangel, ferner Auftreibung und häufige Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, welche bis in die letzte Zeit anhielten. Diese Schmerzen traten nicht periodisch auf und bezogen sich, wie die Anamnese ergibt, höchst wahrscheinlich auf den Darm; auf keinen Fall konnten sie als Molimina menstrualia aufgefasst werden. Es wurden, wie Patientin angibt, Emmenagoga gegeben, welche die Kopf- und Leibschmerzen vermehrten: ein halbes Jahr später, also im 24. Jahre, zeigte sich zum ersten Male menstruale Blutung, welche nur 1—2 Tage anhielt und sich sehr unregelmässig, gewöhnlich nur 4—6mal im Jahre wiederholte. Das Blut war stets sehr blass und wurde in geringen Quantitäten ausgeschieden; dysmenorrhoische Beschwerden fehlten dabei in der Regel. Die Menstruationsanomalie besteht nun seither fort; in den letzten sechs Monaten fehlte der Monatsfluss ganz. Die Auftreibung und die Schmerzen des Leibes haben sich durch das Auftreten der Menstruation nicht verändert und bestanden noch lange Zeit fort; ebensowenig besserte sich der Appetit; aber die menstrualen Vorgänge leiteten ein anderes sehr lästiges Symptom, das Erbrechen alles Genossenen mit Ausnahme von leichtem Kaffee und Bouillon ein, welches ebenfalls lange Zeit ohne Unterbrechung fortgedauert hatte. Schon seit vielen Jahren litt die Kranke ausserdem an Globus hystericus, welcher sie unter den bekannten Erscheinungen durchschnittlich 3mal $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang quälte, sehr häufig nach Aerger und Schrecken auftrat und endlich vollständig ausblieb. Seit dem Erscheinen des Globus litt Patientin auch an Hyperaesthesie, suchte dunkle Räume, konnte keinen Lärm vertragen u. dgl. m. Auch über grosse Schlaflosigkeit, leichten, aber oft auftretenden Schwindel und hartnäckige Stuhlverstopfung hatte die Kranke seit vielen Jahren zu klagen; in ihrem 23. und 24. Lebensjahre erfolgte nur alle 6—8 Tage eine Ausleerung, meist durch künstliche Mittel veranlasst. Das Symptom

endlich, welches uns hier besonders interessirt, ist der Schmerz im rechten Hüftgelenk; derselbe bestand seit mehreren Jahren, trat, ohne dass die Kranke eine Ursache hiefür angeben konnte, plötzlich auf, exacerbirte bei Bewegung und Druck wesentlich, oft aber auch bei Ruhe im Bette; eine Anschwellung des Gelenkes liess sich nur zeitweise constatiren. An manchen Tagen konnte die Kranke beinahe so gut gehen wie eine gesunde Person, an anderen Tagen war sie an's Bett gebunden und durch die Schmerzen ausser Stand gesetzt zu schlafen.

Bei der inneren Untersuchung zeigte sich der Uterus abnorm klein, die Vaginalportion bohnengross und folgte das ganze Organ sehr leicht den Bewegungen der letzteren. Sein Längendurchmesser, welcher durch die schwer einzuführende Sonde ermittelt wurde, betrug nicht mehr als 5 Ctm. Die Spiegeluntersuchung bestätigte die Kleinheit des Scheidentheiles und ergab eine leichtgradige chronische Endometritis.

Die übrigen Organe des Körpers erwiesen sich als vollkommen gesund, nur fand ich den Unterleib aufgetrieben und die Bauchdecken durch Fettablagerung in hohem Grade verdickt.

Die Behandlung berücksichtigte die Indicatio causalis sowie die Indicatio morbi und war ausserdem symptomatisch. Die Patientin nahm Stahl in verschiedenen Formen, lebte längere Zeit in einer gesunden Gegend und machte Monate lang kalte Waschungen des ganzen Körpers. Ferner wurden derselben in Zwischenräumen von 14 Tagen oder 3 Wochen 6—8mal 3 Stück Blutegel an die Vaginalportion gesetzt und der Catarrh des Uterus durch oft wiederholte Aetzungen des Cervix sowie durch kalte Injectionen in die Vagina in mehreren Wochen vollständig beseitigt. Gegen die mangelhafte Verdauung wurden stomachica der verschiedensten Art ohne irgend welchen Erfolg gegeben, so dass Patientin noch lange nichts anderes vertragen konnte, als Bouillon oder eingekochte Suppe und mit Milch stark verdünnten Kaffee. Gegen die Hüftschmerzen wurde durch mehrere Wochen die Kälte angewendet; die Kranke bekam mehrere Tage nach einander Eisüberschläge auf die schmerzhafte Gegend, dann täglich 2 kalte Bäder (von 10° R.), welche nur eine momentane Linderung der Schmerzen und erhöhte Beweglichkeit der entsprechenden Extremität bewirkten. (Warme Vollbäder und warme Ueberschläge hatte die Kranke angeblich schon früher ohne Nutzen gebraucht.) Mit kaum nachweisbarem Erfolge wurden auch die specifisch antihysterischen Mittel, Asa foetida, Rad. Valeriana u. dgl. m. gebraucht; subcutane Injectionen von Morph. acet. wurden ebenfalls nur mit temporärem Erfolge gemacht; nutzlos erwiesen sich die mehrmals angewendeten Blasenpflaster. Am meisten Erfolg hatte der Inductionsstrom, welcher einige Wochen lang täglich angewendet wurde.

Die Kranke glaubte durch das letztere Mittel von ihrem Leiden befreit worden zu sein, denn die Schmerzen waren gewichen und sie konnte leicht gehen. Aber dieser beglückende Zustand überdauerte die Anwendung der Electricität nur um wenige Tage, die Schmerzen kamen wieder und die Beweglichkeit war wieder beschränkt. Leider konnte die Electricität, welche hier höchst wahrscheinlich einen günstigen Erfolg gehabt hätte, bei der Patientin nicht fortgesetzt werden, da äussere Verhältnisse ein längeres Verbleiben in der Klinik nicht ermöglichten. Die Kranke kehrte indess nicht unbefriedigt nach Hause zurück, da, wie oben bemerkt, das habituelle Erbrechen, der Oesophagismus und die Uterusblennorrhöe vollständig geschwunden und auch die Erscheinungen der Hyperaesthesie auf ein Minimum reducirt waren. Auch ihr Leib war wesentlich kleiner, was einerseits durch Schwund des Fettpolsters des Bauches, andrerseits durch verminderte Gasentwicklung in den Gedärmen bewirkt worden war. Der Umstand, dass in diesem Falle die Hüftgelenksschmerzen bei einer exquisit Hysterischen auftraten und das deren Entstehen auf eine andere Weise nicht bestimmt erklärt werden konnte, machte die Diagnose der Arthropathia hysterica höchst wahrscheinlich.

Ein zweiter Fall befindet sich noch in meiner Behandlung und betrifft eine 27jährige Näherin, welche in ihrer Kindheit vollkommen gesund war und mit 14 Jahren normal sich entwickelte. Vom 15. bis 17. Lebensjahre war sie hochgradig bleichsüchtig, die Menses cessirten vollständig, stellten sich aber mit dem Aufhören der Chlorose allmählig wieder ein, so dass sie im 18. Lebensjahre wieder regelmässig menstruirt wurde. Mit 23 Jahren concipirte sie; Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. Wegen dringender häuslicher Geschäfte stand sie schon am dritten Tage nach der Geburt auf, unterzog sich anstrengenden mechanischen Beschäftigungen — es kommt dies in der niederen Klasse leider nur zu häufig vor — und wurde in Folge dieser Diätfehler am 6. Tage nach der Geburt von einer heftigen, mehrere Tage dauernden Blutung befallen, welche sie ausserordentlich schwächte. Von da an erholte sie sich bis zur Stunde nicht mehr vollständig; sie litt an beständigem schmerzhaften Ziehen in den Inguinalgegenden und im Kreuze, hatte häufigen Urindrang, starke, alle 3 Wochen wiederkehrende Menstruation und die Erscheinungen der chronischen Endometritis und Vaginitis. Vor einem halben Jahre stellte sich bei ihr eine bedeutende Schmerzhaftigkeit im linken Kniegelenke ein, welches leicht angeschwollen war. Der Schmerz steigerte sich beim Gehen so, dass sie darauf verzichten und meistens liegen musste; nur hie und da war sie schmerzlos und konnte wenn auch wegen der Schwäche des Fusses nur langsam und kurze Strecken

gehen. — Die Exploration der Sexualorgane ergab Descensus des mangelhaft zurückgebildeten Uterus; ausserdem chronische Endometritis und Vaginitis. Die seit acht Wochen gegen das Sexualleiden gerichtete örtliche Behandlung besserte nicht bloss dieses sehr bedeutend, sondern scheint auch die Ursache zu sein, dass seit 14 Tagen die Beschwerden (auch die Anschwellung) des Kniegelenkes vollkommen geschwunden sind.

Brodie*) hat zuerst die Aufmerksamkeit auf die in Rede stehende Affection gelenkt.

Es sind Gelenkschmerzen mit wechselnder Intensität, welche durch Bewegungen vermehrt werden und die Ursache von geminderter, bisweilen ganz aufgehobener Bewegungsfähigkeit des entsprechenden Gliedes sind; dabei kann das Gelenk frei sein von jeder wesentlichen Anschwellung oder diese in mehr oder minder hohem Grade vorhanden sein, und dabei ein seröser Erguss im subcutanen Bindegewebe der schmerzhaften Glieder sich vorfinden. Dieser Zustand kann oft Monate, selbst Jahre lang andauern. Hie und da wird auch noch durch spasmodische Muskelretraction die Stellung der Theile zu einander verändert, wodurch Verwechslungen mit Gelenkentzündungen bedingt werden können. Freilich muss man dabei berücksichtigen, dass die Theile nur äusserst selten normwidrige Stellungen einnehmen, passive Bewegungen ermöglicht, und oft die Kranken mit einem Male vorübergehend gesund werden, d. h. gehen und stehen können, nachdem ein tiefer Gemüthsaffect auf dieselben eingewirkt hat. Dadurch schützt man sich gegen Verwechslungen mit wirklicher Arthropathia.

Bei der Besprechung der verschiedenen Zustände der Hyperästhesie verdienen auch die instinctiven Empfindungen, welche in erhöhtem Grade vorkommen, eine nähere Berücksichtigung.

Gesunde Menschen fühlen kaum, dass sie athmen, dass ihr Herz schlägt; sie haben keine Empfindungen von den anatomischen Verhältnissen und der Thätigkeit ihrer Eingeweide; sie fühlen nicht, dass sie einen Unterleib haben. Anders verhält sich die Sache bei Hysterischen, welche mit ängstlicher Aufmerksamkeit die Funktionen ihrer Organe verfolgen und dadurch eine Menge perverser Sensationen sich schaffen. Bald ist es das Gefühl der Beengung auf der Brust, die Athemnoth, so dass die Kranken mit Hast athmen, bald sind es leichtgradige Hindernisse im kleinen Kreislaufe, welche Besorgniss erregen. — Die meisten Hysterischen werden ferner durch häufiges Herzklopfen, manche durch das beängstigende Pulsiren der Adern beun-

*) Lectures illustr. of certain local nervous affections. London 1837.

ruhigt. Das Stethoscop wie das Plessimeter liefern den stringenten Nachweis, dass für die angegebenen Symptome jede materielle Grundlage fehlt, dass der Puls nicht besonders hart und voll ist, der Herzstoss eine Verstärkung nicht entdecken lässt, und die Lungen überall eine reine (vesiculäre) Respiration darbieten.

Es liegt also hier nichts vor als psychische Hyperästhesie, in Folge derer die gedachten Symptome eine subjective Auffassung erleiden und dadurch krankhaft verstärkt erscheinen. In der That vermag eine wohlberechnete psychische Behandlung von Seite des Arztes, welcher es versteht, die Aufmerksamkeit der Kranken von ihrem Körper auf andere Objecte überzutragen, (z. B. wie Romberg practisch empfiehlt, lautes Lesen u. s. f.) die Athemnoth, das Herzklopfen sehr rasch zu vermindern oder momentan gänzlich zu beheben. — Nicht minder als bei den Brustorganen werden auch die Functionen des Unterleibs mit pedantischer Aufmerksamkeit verfolgt. Völle und Schmerzhaftigkeit des Magens, Auftreibung und Kolik der Gedärme, Schmerzhaftigkeit des Unterleibes überhaupt bei gleichzeitigem vortrefflichen Appetit und musterhafter Verdauung sind häufige hysterische Erscheinungen, deren Beseitigung von den Kranken immer und immer wieder urgirt wird. Auch die durch den Wechsel des Gasgehaltes in den einzelnen Darmparthien bewirkten Bewegungen sind nicht so selten und werden dann bisweilen in der Weise subjectiv aufgefasst, dass hysterische Frauen, welche gerne Mutter sein wollten, aus denselben Kindsbewegungen machen. Schliesslich sei noch bemerkt, dass selbst Wanderungen von Unterleibsorganen bei unseren Kranken hie und da gefühlt werden. Ich behandelte vor sechs Jahren eine Frau in den dreissiger Jahren, Mutter von vier Kindern, welche es sich nicht nehmen liess, das täglich mehrmals ihre Leber von rechts nach links sich bewegte und wieder zurückkehrte. — Kalte Flüssigkeiten werden nicht blos als kalt durch die Speiseröhre und den Magen, sondern auch durch die Darmwindungen hin dringend empfunden. — Hieher gehört auch das häufig beobachtete, hie und da in hohem Grade auftretende Durst- und Hungergefühl sowie der sich oft wiederholende Drang zum Uriniren. Vor längerer Zeit behandelte ich eine Dame in den ersten dreissiger Jahren, welche zweimal geboren hatte, an chronischer Metritis und Endometritis sowie an einfachen Excoriationen des Muttermundes und des unteren Abschnittes des Cervicalkanals litt und ausgesprochene Symptome der Hysterie darbot.

Unter den letzteren war das continuirliche Hungergefühl, welches viele Monate gedauert hatte, wohl das lästigste für die unglückliche Patientin. Hatte sie eine doppelt so grosse Quantität von Speisen zu

sich genommen als ein gesunder, mit gutem Appetite versehener Mensch auf einmal essen kann, so kam der Appetit nach einer halben Stunde schon wieder; wenn sie bei ihren Bekannten Besuche machte, musste sie dieselben schon nach viertel- oder halbstündigem Aufenthalte um Brod oder ein sonstiges solides Nahrungsmittel ersuchen, weil sie dem heftigen Hungergefühle nicht länger widerstehen konnte. Die Verdauung ging bei ihr ungestört vor sich und der Stuhl war geregelt; dabei war sie nicht beleibt, wenn auch nicht gerade abgemagert. Dieser schreckliche Hunger belästigte aber die Kranke nicht bloss bei Tag, sondern noch viel mehr bei Nacht, da sie durch denselben in sehr kurzen, einhalb- bis einstündigen Intervallen geweckt wurde und wieder Etwas zu sich nehmen musste. Sie wurde, da ihr Grundübel unberücksichtigt geblieben war, rein symptomatisch behandelt, nahm jede Nacht 0, 12—0, 18 Grm. Opium und konnte dadurch gewöhnlich einige Stunden schlafen.

Als ich die Patientin in dem eben geschilderten Zustande übernahm und die schon erwähnte örtliche Affection constatirt hatte, war es mein erstes Bestreben, der Indicatio causalis Rechnung zu tragen. In der That gelang es mir schon nach Ablauf von drei Wochen, eine wesentliche Besserung des örtlichen Leidens und dadurch eine Verminderung des Hungergefühls herbeizuführen, welches letztere schon nach weiteren drei Wochen einem normalen Appetite wich. —

Ein weiterer Fall, der vor zwei Jahren in meine ärztliche Behandlung kam, ist eine früher vollständig gesunde, mit vielen Kindern gesegnete Bürgersfrau, welche am 12. Tage des letzten Puerperiums wie mit einem Schlage gelähmt wurde, und dann in hochgradige Schwermuth verfiel. Diese Frau musste $1^1/_2$ Jahre lang jede Nacht ein- bis zweimal essen, sonst überkam sie eine Ohnmacht.

Benedict erwähnt ebenfalls einen Fall von Heisshunger bei einer corpulenten Dame, welche jeden Abend 6—7 Pfund Fleisch verzehren musste, wenn sie nicht heftige Ohnmachtsanwandlungen erleiden sollte.

Leichte Grade von häufigem und krankhaft gesteigertem Hungergefühle mit Schwächeempfindung sind wohl oft beobachtete Erscheinungen.

Neben dem krankhaft gesteigerten Hungergefühl d. h. abwechselnd mit demselben oder auch für sich allein kommt, wenn auch nicht so häufig, der entgegengesetzte Zustand, die Anorexie — vollständiger Appetitmangel — als Symptom bei Hysterischen vor. Sie tritt meistens zwischen dem 14. bis 30. Lebensjahre auf und documentirt sich in einem entschiedenen Mangel an Esslust, welcher sich zu einer kaum glaublichen Höhe steigern kann. Die Anorexie befällt nach den bisher gemachten Erfahrungen stets Individuen,

welche schon an hysterischen Paroxismen gelitten haben. Zuerst tritt unmittelbar nach dem Essen Unbehaglichkeit, ein Gefühl von Völle, Druck im Magen auf, wodurch die Kranke bestimmt wird, weniger zu essen. Da sich indess das Uebel nicht bessert, im Gegentheil zunimmt, so wird die Nahrung immer mehr reducirt und wir haben dann eine Krankheit vor uns, welche sich von der Nahrungsverweigerung eines Hypochonders oder Melancholikers wenig unterscheidet. Solche Kranke nehmen nur mehr eine Idee von Nahrung zu sich, und dennoch treten unmittelbar darauf heftige Schmerzen im Magen ein; sie leben bisweilen nur von einer Tasse Thee, Kafé oder Beafthee per Tag und diese wollen sie nur in zwei Hälften getheilt geniessen. Die Geduld des Arztes und der Umgebung wird hier auf eine ernste Probe gestellt. Alles Zureden zum Essen ist eitles Bemühen. Mittel, welche sonst die Appetitlosigkeit beheben, erweisen sich hier als wirkungslos. Am günstigsten stehen die therapeutischen Chançen dann, wenn ein Geschlechtsleiden als Ursache der Anorexie angesprochen werden kann, weil dann eine zweckentsprechende örtliche Behandlung desselben in der Regel zum Ziele führt. —

Lasègue erzählt einen Fall von Anorexie bei einer Frau im Alter von 27 Jahren, welche in der Provinz lebte und nichts essen konnte oder wollte, als Biscuit von einem bestimmten Pariser Bäcker. Ein zweiter Fall, welchen Lasègue mit Trousseau behandelte, betraf eine junge Frau, welche seit ihrer Pubertätszeit an Hysterie leidend, plötzlich von Anorexie befallen wurde und wochenlang nichts als einige Tassen Thee mit Milch zu sich nahm. Es stellte sich bei ihr eine hartnäckige Obstipation ein, auf welche profuse Diarrhöen folgten. Diese Zustände waren indess kein Hinderniss für die Conception. Auch die Schwangerschaft übte keinen Einfluss auf die Fortdauer der Anorexie aus, wohl aber vertauschte die Kranke den Thee mit Kaffee (mit Milch), in welchen sie Stücke eingemachter Gurken schnitt. Bei dieser Nahrung, welche sie Monate lang ausschliesslich zu sich nahm, war sie ganz gesund.

Vor einigen Jahren übernahm ich eine Kranke, welche neben den Erscheinungen allgemeiner psychischer wie somatischer Hyperästhesie und hie und da auftretenden Wein- und Lachkrämpfen an entschiedenem Widerwillen gegen alle Fleisch- und Mehlspeisen sowie gegen Gemüse litt, so dass sie Jahre lang nur von Bouillon, Thee mit Milch und Bier lebte. Alle möglichen Stomachica wurden gegeben, Carlsbad und Marienbad gebraucht, schliesslich wendete die Kranke auch vergeblich homöopatische Mittel an. Bei der Exploration der zwar etwas anämischen, aber sonst nicht schlecht aussehenden, 24jährigen kinderlosen Frau fand sich eine hochgradige Retroflexio uteri in Verbindung

mit chronischer Metritis und Endometritis. Die über ein halbes Jahr dauernde, die Lageanomalie des Uterus beseitigende, örtliche mechanische Behandlung in Verbindung mit künstlichen Stahlbädern führten allmählig zur entschiedenen Abnahme der hysterischen Symptome überhaupt und zur vollständigen Behebung der Anorexie.

Schliesslich muss ich noch die bei Hysterischen häufig auftretenden abnormen Sensationen in der Genitaliensphäre hervorheben.

Ich habe in den letzten 8 Jahren meiner ärztlichen Praxis diesem Gegenstande eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet und bei vielen hysterischen Frauen durch bestimmte Fragen in der Weise Aufklärung erhalten, dass sie entweder ganz entschiedene Abneigung gegen den Coitus hatten und bisweilen auch zu Tage treten liessen, oder aber, was viel häufiger der Fall war, dass sie weder eine Spur von dem normalen Wollustgefühle, noch eine unangenehme Empfinduug bei der Cohabitation hatten. Es ist psychologisch, dass solche Frauen, wenn sie auch sonst nicht zu ihren Männern passen und ihnen abgeneigt sind, ein entschiedenes Widerstreben gegen den Coitus zeigen, d. h. sich geben, wie sie sich fühlen; dass sie aber, wenn Achtung und Liebe gegen ihre Männer besteht, in der Regel den ehelichen Pflichten sich bereitwillig unterziehen und sogar die natürlichen Empfindungen möglichst getreu simuliren. Wenn daher über die Häufigkeit derartiger nervöser Sensationen einige Autoren in Zweifel sind, so mag dies auch zum Theil darin begründet sein, dass nicht die Frauen, sondern die Ehemänner über diese Punkte befragt wurden, welche aus leicht begreiflichen Gründen von den Frauen hierüber nicht immer wahr unterrichtet werden.

Schmerzhafte Empfindung beim Coitus, ohne materielle Grundlage dafür, ist im Ganzen ziemlich selten. Vermehrtes Bedürfniss zum Beischlafe oder die krankhaft gesteigerte sexuelle Erregung kommt gemeinhin nur bei wenigen Fällen von Hysterie vor. Diese Anomalie ist dann nur selten eine habituelle, in der Regel tritt sie periodisch auf und geht nach längerer oder kürzerer Dauer häufig in's Gegentheil über. Ich finde es natürlich, dass das Nervensystem an den Reiz eines regelmässigen geschlechtlichen Lebens sich gewöhnt und den Ausfall desselben vermissen wird, was alterirend auf die Functionen desselben einwirken kann, daher z. B. junge Wittwen leicht hysterisch werden können; wenn sie es dennoch häufig nicht werden, so trägt daran die Herrschaft des Geistes über die Leidenschaft Schuld, ferner die Lebensverhältnisse, die Lebensweise und Thätigkeit sowie die fast nie fehlenden Sorgen, welche eine genügende psychische Ableitung bewirken.

Die Behauptung von Luyer-Villermay, dass unter 10 Hysterischen 9 es durch geschlechtliche Enthaltsamkeit geworden, ist vollkommen unrichtig. Demnach müssten ja jene Fälle von Hysterie, wie sie Briquet bei Freudenmädchen als so häufig vorkommend constatirt, ebenfalls par abstinence erklärt werden. Es ist daher eine grosse Ungerechtigkeit, und zeigt von sehr oberflächlichem Wissen, wenn man, wie dies früher so häufig geschah, und leider auch heut zu Tage noch oft vorkommt, Hysterie mit excessiven geschlechtlichen Bedürfnissen in engen Zusammenhang bringt.

Es gehört endlich keineswegs zu den Seltenheiten, dass bei Hysterischen während des Coitus Reflexerscheinungen verschiedener, bisweilen ausserordentlicher Art zu Tage treten, gleichviel ob locale Veränderungen vorhanden sind, oder nicht.

Ich behandelte eine 22jährige hysterische Frau aus einer Provinzialstadt an chronischer Endometritis, welche angeblich bei jeder derartigen Gelegenheit Vortreibungen der Brust mit momentan aufgehobener geistiger Thätigkeit, vermehrter Respiration und heftiges Herzklopfen hatte. Dieselben Erscheinungen traten bei ihr bei der örtlichen Untersuchung und Behandlung in den ersten 14 Tagen jedesmal auf; später fehlten sie sowohl bei der Behandlung, wie bei der Cohabitation.

Zu den merkwürdigsten Erscheinungen der Hysterie gehört die Anästhesie, welche in grösseren oder kleineren Bezirken der Körperoberfläche nicht selten die Hyperästhesie begleitet.

Türk beobachtete die oberflächliche Anästhesie zuerst als Hautanästhesie, wobei dann die Haut gegen Berührung, in höheren Graden selbst gegen Stiche, Brennen, Aetzen, electrischen Reiz Gefühllosigkeit (Analgesie) zeigt.

Gendrin und nach ihm Szokalsky*) haben klar nachgewiesen, dass die Anästhesie nicht nur die Hautoberfläche in mehr oder minder grosser Ausdehnung befallen, sondern auch bis zu den inneren Theilen, Muskeln, zu den inneren sensibeln und selbst zu den sensoriellen Nerven sich ausbreiten könne; der elektrische Reiz bedingt dann wohl Contraktion, doch ohne dass dabei gleichzeitig die Muskelaction empfunden wird. Diese Kranken müssen daher ihre willkürlichen Bewegungen sehen, wenn sie dieselben beherrschen wollen. Ohne Controle d. h. ohne den Gesichtssinn, also bei geschlossenen Augen, verlieren sie die Empfindung, welche Gerdig „Sentiment d'activité musculaire" heisst, und gehen unsicher u. s. f. Hohe Grade von Anästhesie bei Hysterischen combiniren sich hie und da mit Lähmungen der Extremitäten.

*) Prager Vierteljahrsschrift 1851. IV.

Am häufigsten tritt die Anästhesie unmittelbar nach einem hysterischen Anfalle auf; sie schwindet gewöhnlich bald wieder oder entwickelt sich allmählig und zeigt dann auch mehr Bestand. Sie kann aber auch ohne Zusammenhang mit einem hysterischen Anfalle erscheinen. Ihre Ausbreitung variirt sehr; bald finden wir sie über grosse Körperstrecken verbreitet, bald zeigt sie sich mehr halbseitig, nur auf dem Rücken der Hand, des Fusses oder endlich auf einer kleinen Parthie des Gesichts.

Mangel der Empfindung der Schleimhäute lässt sich wohl selten constatiren; man hat denselben an Mund-, Nasen- und Mastdarmschleimhaut gefunden sowie an den Geschlechtsorganen.

In letzterer Beziehung muss ich constatiren, dass mir von den behandelten Hysterischen viele (meist jüngere Frauen) auf directe Fragestellung mitgetheilt haben, dass sie, wie oben erwähnt, bei der Begattung entweder überhaupt keinen Wollustreiz oder nur einen geringen Grad desselben empfinden. Diese Erscheinung dürfte ziemlich häufig vorkommen und von den Kranken nicht immer eingestanden werden. Die Ursache der geschlechtlichen Indolenz liegt sicher nicht in psychischen Verhältnissen; denn ich habe diese Anomalie in den sexuellen Functionen beinahe immer bei Frauen ermitteln können, welche gemüthlich vollkommen zu ihren Männern passten, die grösste Zuneigung zu ihnen hatten, und bei denen die Wirklichkeit dieser Zuneigung durch viele Verhältnisse des ehelichen Lebens unzweifelhaft documentirt wurde. Nach meinen Erfahrungen liegen den in Rede stehenden Störungen des Geschlechtsgenusses vielmehr materielle Veränderungen im Sexualapparat zu Grunde, wobei besonders die mangelhafte Entwicklung des Uterus und einige Lageabweichungen desselben, Versionen und Flexionen, hervorgehoben zu werden verdienen. Bei einer grösseren Anzahl von solchen gynäcologischen Fällen wich das in Rede stehende Symptom nach zweckentsprechender örtlicher Behandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit vollkommen.

Wenn auch eine mehr verbreitete Anästhesie zu den seltenen Symptomen der Hysterie gerechnet werden muss, so ist doch die örtliche, namentlich die der äusseren Haut, keine besondere Rarität. Ich beobachtete die letztere zwar gemeinhin sehr selten; wenn aber Autoritäten wie Scanzoni, Romberg, Valentiner, Briquet, Charcot u. A. das häufige Auftreten der topischen Anästhesie constatiren, so kann ich dagegen um so weniger auftreten als ich bisher nur selten Gelegenheit hatte, Hysterische unmittelbar nach heftigen Convulsionen zu beobachten, und bekanntlich nach diesen gewöhnlich die Anästhesie auftritt und nicht lange anhält. Nach Charcot kommt eine

vollständige Hemianästhesie sogar in intensivem Grade sehr häufig vor und glaubt dieser Autor, dass dabei der Eierstock in der Regel eine wichtige Rolle spielt. Er fand die Hemianästhesie stets auf Seite der Ovarialhyperästhesie: bei Doppelseitigkeit dieser letzteren soll auch die Anästhesie gewöhnlich allgemein sein; ferner zeigten sich etwa vorkommende Paresen oder Contracturen der Gliedmassen in der empfindungslosen Seite d. h. auf Seite der Ovarialhyperästhesie. Ich habe derartige Beobachtungen nicht gemacht. Uebrigens bedarf es ganz besonderer Vorsicht bei der Entscheidung, ob eine Hysterische an Anästhesie leide, da bei diesen subjectiven Symptomen die Aussagen der Kranken, welche oft die Caprice haben, bei Druck, Stich oder Brennen Schmerzempfindungen nicht zu äussern, selten glaubwürdig erscheinen. Hier ist uns der electrische Pinsel ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel.

Ob die hysterischen Anästhesien in der mangelhaften oder gänzlich sistirten Erregbarkeit der peripherischen Nerven oder in der aufgehobenen Perception des Centralorgans ihren Grund haben, kann nicht mit Bestimmtheit entschieden werden.

Motilitätsstörungen.

Beinahe eben so häufig als die Störungen der Sensibilität findet man bei Hysterischen jene im Bereiche der motorischen Nerven. Es gibt nicht viele hysterische Kranke, welche davon frei sind.

Wenn auch bei den leichteren Graden von Hysterie Abweichungen von der normalen Muskelthätigkeit nicht vorkommen, so fand ich bei den von dieser Neurose schwer Befallenen sehr häufig eine gesteigerte Thätigkeit der motorischen Nerven — Krämpfe oder was ungleich seltener der Fall, verminderte Functionen — Lähmungen.

Ich will nun vorerst die krampfhaften Affectionen besprechen und denselben die Betrachtung der Lähmungen folgen lassen.

Das Rückenmark sowie die Medulla oblongata empfangen ihre Reize von den sensiblen Nerven oder durch specifische Einflüsse und leiten die hysterischen Krämpfe ein, welche in verschiedener In- und Extensität sowie in verschiedenen Combinationen auftreten können.

Benedict*) sagt in seinem geistreichen Aufsatze über Hysterie: „Der Einfluss der Psyche auf die klinischen Erscheinungen der Hy„sterie ist ein so eclatanter, dass sehr oft der Verdacht der Simulation „besteht; besonders gilt dies von Convulsionen. Wie äusserst selten

*) Wiener mediz. Wochenschrift. 1868. p 18.

„bekommen (hysterische) Damen in Gesellschaft Convulsionen, und „wie leicht bekommen sie dieselben, wenn sie sie brauchen?!“

„Es ist ferner eine ganz gewöhnliche Erscheinung, dass Frauen, „die fortwährend an schweren hysterischen Symptomen litten, so „lange sie in guten Verhältnissen lebten, oft gesund werden, sobald „Noth- und Nahrungssorgen an sie herantreten, und vice versa.“

Um die Uebersicht zu erleichtern, will ich die spasmodischen Contractionen der am häufigsten ergriffenen Muskel und isolirten Muskelgruppen gesondert von den allgemeinen Krämpfen und Convulsionen der Hysterischen in's Auge fassen.

Ich beginne mit der Betrachtung der ersteren. Ein ziemlich constantes Symptom der Hysterie und ein häufiger Vorläufer eines hysterischen Paroxismus ist der Krampf des Pharynx und Oesophagus. Derselbe war schon im Alterthume bekannt, und als globus hystericus (Oesophagismus) beschrieben.*)

Weitaus am häufigsten zeigt sich jene Form des Globus, bei welcher eine spasmodische Contraction der Oesophagusfasern in der Tiefe des Organs, nahe an der Cardia stattfindet, verbunden mit dem subjectiven Gefühle, als dränge sich eine Kugel oder ein kratzender Körper vom Epigastrium hinter dem Brustbeine bis zum Halse in die Höhe und schnüre diesen zusammen. (Globus hystericus ascendens oder antiperistaltischer Schlundkrampf.) Ein Wiederhinabsteigen der vermeintlichen Kugel wird wohl von den Kranken nur äusserst selten empfunden. Bekanntlich hielten die Alten den Globus für den Uterus, welcher ihnen als ein bewegliches Thier erschien.

Ungleich seltener stellt sich der Spasmus in den oberen Parthieen des Oesophagus und des Pharynx ein. Hier wird die Patientin entweder nach einer grossen Aufregung oder Schrecken oder aber, was gewöhnlich der Fall ist, bei Beginn oder während der Mahlzeit plötzlich von einer zusammenschnürenden Sensation in der oberen Parthie des Halses überrascht, wobei dann in der Regel auch sofortiges Erbrechen des Genossenen erfolgt. Bei leichteren Graden oder im Anfang der Affection, bedingen nur bestimmte Speisen, welche aber bei den verschiedenen Individuen nicht dieselben sind, den Krampf mit Erbrechen, später aber veranlasst der Genuss von beliebigen Nahrungsmitteln, selbst schon der Gedanke an dieselben, die gedachten Erscheinungen. Der Globus hystericus kann mehrmals des Tags auftreten, oder aber es gehört derselbe mehr zu den selteneren Plage-

*) Mondière, recherches sur l'oesophagisme ou spasme de l'oesophage. Arch. génér. de medec. Ser. II. tom. I.

geistern der Kranken, so dass seine Wiederkehr nach Wochen oder bei den jeweiligen catamenialen Vorgängen beobachtet wird.

Ich behandle gegenwärtig ein hysterisches Dienstmädchen, welches an mangelhafter Entwicklung des Uterus leidet, früher täglich 3—4mal den Globus hystericus durchmachte, während es seit 14 Tagen nur alle 3—4 Tage davon befallen wird. Jedoch erbricht sie wie früher alles Genossene, selbst an jenen Tagen, an welchen sich der Globus nicht einstellt. Es scheint keinem Zweifel zu unterliegen, dass dabei die muscularis ventriculi in hohem Grade betheiligt ist.

In einzelnen Fällen kommt auch Erbrechen von Schleim und Wasser vor, und zwar vor und nach dem Frühstück, bisweilen auch Nachmittags, ohne dass die genossenen Speisen mit erbrochen werden. Dieser Zustand kann oft Monate lang dauern, wie das Erbrechen der Schwangeren; gewöhnlich leidet die Ernährung dadurch nicht.

Das hysterische Erbrechen, welches weiter unten näher besprochen wird, kommt übrigens selten vor. Nach Scanzoni bei 217 Fällen nur 18mal; ich beobachtete dasselbe unter 318 Fällen von exquisiter Hysterie 42mal.

Das hysterische Gähnen (Oscedo, Chasmus), zu den inspiratorischen Convulsionen zählend, ist eine rascher oder langsamer wiederkehrende Reihenfolge von Gähnacten, wobei bekanntlich der Mund aufgesperrt, auch plötzlich Speichel in denselben ergossen und durch Luftdruck momentan dumpfe Töne im Ohre erzeugt werden. Die meisten Hysterischen leiden an diesem, sie oft in Verlegenheit bringenden Zustande, welcher sehr häufig als ein Zeichen vermehrter allgemeiner Hyperästhesie sich manifestirt und nicht selten den gefürchteten Vorboten hysterischer Convulsionen darstellt. Manchmal tritt Oscedo als Schlussact eines hysterischen Paroxismus auf.

Eine weitere Form der inspiratorischen Convulsionen ist der hysterische Singultus (Convulsio singultus) oder das Schluchzen. Dieser klonische Zwerchfellkrampf besteht aus einer Anzahl durch eigenthümliche Geräusche plötzlich unterbrochener Inspirationen, worauf ein kurzes Exspirium erfolgt unter gleichzeitiger momentaner Beeinträchtigung des Sprechens und Schlingens. Das hysterische Schluchzen tritt gewöhnlich nach psychischer Aufregung oder als Vorbote convulsivischer oder kataleptischer Anfälle auf und überdauert dieselben immer um einige Stunden.

In der Literatur (bei Baillie, Todd, Szokalsky, Valentiner, Rosenthal u. A.) sind Fälle von selbst 36 Stunden anhaltendem Singultus hystericus verzeichnet; ich erinnere mich an mehrere Fälle, wo der Singultus hystericus 1—4 Stunden gedauert hatte, aber an keinen, welcher die Kranke noch länger gequält hätte. Ein Pen-

dann findet der hysterische Singultus in dem gewöhnlichen Vorkommen des lange, oft sogar mehrere Tage hindurch anhaltenden Singultus bei verschiedenen cephalischen Affectionen.

Häufig werden die Muskelgruppen, welche beim Lachen und beim Weinen thätig sind, krampfhaft erregt, ohne dass die entsprechenden Gemüthsbewegungen hiezu vorhanden sind, wodurch es dann zu Lach- und Weinkrämpfen kommt. Bei den höheren Graden der Hysterie stellen sich diese Krämpfe, welche gewöhnlich nur 5—10 Minuten, bisweilen aber auch mit kurzen Unterbrechungen $^1/_2$ Stunde und darüber dauern und mehrmals des Tages auftreten können, nicht selten ohne nachweisbare Ursache ein, (daher die Bezeichnung der Franzosen „rires non motivées“ gerechtfertigt ist) während sie in leichten Fällen stets auf eine bestimmte Veranlassung hin erfolgen, z. B. durch Schreck, heftigen Zorn, geistige oder körperliche Ueberanstrengung, Diätfehler u. dgl. Vor 5 Jahren übernahm ich eine 29jährige Beamtensgattin, Mutter von zwei Kindern, in ärztliche Behandlung. Sie stammte aus einer sehr guten Familie und war sehr fein und practisch erzogen, so dass sie sich ganz in ihre Lebensstellung zu finden wusste. Dieselbe war gut genährt, von blühendem Aussehen, mit gutem Appetit versehen, litt aber an bedeutendem Descensus uteri und zugleich an chronischer Metritis und Endometritis sowie an allgemeiner Hyperästhesie. Ausserdem — und dies war ihr das Aergste — hatte sie über ein Jahr mit heftigen Lach- und Weinkrämpfen zu thun, welche oft des Tages mehrmals auftraten und sie eben so häufig beim Spazierengehen und in der Kirche, wie zu Hause überfielen. Einmal kam es nach längerer Dauer des Lachkrampfes zum Spasmus glottidis, welcher in meinem Beisein mehrere Minuten anhielt und die Umgebung im höchsten Grade beunruhigte. Die Kranke, voll Angst und durch die gewaltsame Unterbrechung des Athmens, wurde allmählig livid gefärbt, es stellte sich ein pfeifendes Geräusch und vermehrte Inspirationen ein. Fenster und Thüren wurden geöffnet, die Kranke mit kaltem Wasser bespritzt u. s. f., wodurch oder wonach der Anfall sich wieder verlor.

Die oben erwähnten Anfälle von Lach- und Weinkrämpfen traten bisweilen ohne Vorläufer ganz plötzlich auf, oder aber Patientin klagte Stunden oder einen halben Tag vorher über hochgradige Gereiztheit, häufiges Gähnen und ganz besonders oft über heftige Brustschmerzen, Herzklopfen und Athemnoth sowie über Zuckungen im Gesichte. In der Regel war es ausschliesslich ein heftiges Lachen, welches 5—10—20 Minuten mit Unterbrechungen von 2 oder 3 Minuten dauerte und dann unter zwei- oder dreimaliger, mit einem Pfeifen verbundenen tiefen Inspiration aufhörte oder aber in krampfhaftes, kurz dauerndes

Weinen umschlug. Diese Krämpfe wurden häufig von leichteren klonischen Convulsionen in den Extremitäten begleitet. Am besten verliefen die Anfälle, wenn sich die Umgebung möglichst passiv verhielt und für ein dunkles Zimmer sorgte. Die oft versuchte moralische Einwirkung war ohne Erfolg; wenn ich auch das volle Vertrauen genoss, so erklärte Patientin stets, sie könne nicht gegen die Krämpfe ankämpfen, und als ich mit drastischen Mitteln kam, sie mit kaltem Wasser übergoss, wurde der Krampf noch ärger. (Letzteres Mittel that mir in anderen Fällen ganz gute Dienste.) Die medicinische Behandlung, welche sich, ehe ich die Patientin übernahm, auf die hysterischen Symptome beschränkte und die Indicatio causalis ignorirte, war erfolglos. Anders gestaltete sich die Sache bei der Behandlung der localen Affectionen, welche ich sofort einleitete. Schon nach 4—6 Wochen wurde die Hyperästhesie geringer, die Lach- und Weinkrämpfe seltener, so dass dieselben anstatt täglich, wie früher, nur mehr wöchentlich 1—2mal auftraten und auch an Intensität abgenommen zu haben schienen. Nach Ablauf von 3—4 Monaten, wo der Descensus uteri unbedeutend, die chronische Metritis sehr gebessert und die chronische Endometritis ganz verschwunden war, kamen die Lach- und Weinkrämpfe nur nach sehr heftigen psychischen Veranlassungen oder unmittelbar vor der Periode. Später waren auch die katamenialen Erregungen nicht mehr gefährlich, so dass die Anfälle ungefähr alle 3 - 4 Monate einmal sich einstellten und zwar stets nur auf ganz besondere Veranlassung hin. Einmal fiel ihr Dienstmädchen aus Unvorsichtigkeit zwei Stock hoch zum Fenster hinaus, wodurch Patientin so erschrack, dass sie sogleich einen heftigen Anfall bekam; ein anderes mal kam ein Lachkrampf nach einem dreitägigen, sehr heftigen Fieber, welches bei der Kranken die Masern einleitete, und wieder einmal waren sehr heftige, zwei Tage andauernde Zahnschmerzen die unverkennbare Ursache des Ausbruches der Lach- und Weinkrämpfe und endlich einmal war ich die directe Veranlassung eines sehr heftigen Anfalles, indem ich einen grossen Furunkel an der Vulva mittels eines Bistouris öffnete, wobei unmittelbar nach dem Einstiche der Lachkrampf meine Bemühungen lohnte. Seit drei Jahren erlitt Patientin keinen derartigen Anfall mehr, und haben sich bei ihr auch die Erscheinungen der allgemeinen Hyperästhesie nahezu ganz verloren. Später concipirte sie, nachdem dies seit 8 Jahren nicht mehr der Fall gewesen, und wurde am normalen Schwangerschaftsende ohne jedwede krankhafte Störung von einem gesunden, kräftigen Knaben entbunden.

Merkwürdig ist bei diesem Falle der Umstand, dass die Mutter der Kranken in den dreissiger Jahren ihres Lebens ebenfalls an Lach-

und Weinkrämpfen gelitten hatte, welche sich erst nach Ablauf von 8 Jahren und zwar dann verloren haben sollen, als die Kranke an Uteruskrebs zu leiden begann, welchem sie auch nach dreijähriger Dauer erlag.

Aehnlich wie die eben besprochenen Krämpfe entsteht der häufig sehr hartnäckige, kurze, trockene Husten mit metallischem Klange und bellendem Geräusche, ferner der hysterische Schreikrampf d. h. das Ausstossen eines heftigen Schreies durch excessives Exspirium mit krampfhafter Verengerung der Stimmritze und spasmodischer Contraction der Stimmbänder. Hieher gehört auch der zum Glücke sehr seltene wirkliche Glottiskrampf (Spasmus glottidis), welcher bedenkliche Erstickungsanfälle hervorrufen kann. Dubois, L. Meyer, Guison u. A. sahen den Tod dadurch eintreten. Ich selbst beobachtete kürzlich plötzlichen Erstickungstod durch Glottiskrampf bei einer Hysterischen, welche, wie durch die vorgenommene Obduction bestätigt wurde, an mangelhafter Entwicklung des Uterus einerseits und des Herzens andererseits gelitten hatte. Dieser Fall ist unter hysterischem Erbrechen näher beschrieben. — Schliesslich kann ich hier das eigenthümliche Oppressionsgefühl auf der Brust mit erschwerter, oft auch kurzer Respiration und Erstickungsangst, worüber viele hysterische Frauen klagen, nicht übergehen, da diese Erscheinung ohne materielle Veränderungen in den Lungen auftritt, also die Bezeichnung „Asthma hystericum“ begründet.

Auch beschleunigte nervöse Respiration (Apnoea uterina) mit dem subjectiven Gefühle des Luftmangels, ohne wesentliche Acceleration des Pulses, kommt nicht sehr selten vor.

Eine höchst seltene Erscheinung bei Hysterischen ist das Vorkommen eines frequenten Athmens ohne Luftmangel, welches mit oder ohne Unterbrechung oft Monate lang andauert.

Weiterhin haben wir noch einige spasmodische Contractionen, welche dem Magen und dem Darme angehören, zu erwähnen, da dieselben ziemlich häufig beobachtet werden.

Hieher gehört das bei Hysterischen meist rasch auf einander folgende, geräuschvolle Aufstossen — Ructus —, wobei geruchlose Gase ausgetrieben werden. Dasselbe entsteht entweder spontan oder bei Druck auf die aufgetriebene Magengegend und kann oft 10—20 Minuten, ja selbst Stunden lang anhalten. Gemeinhin ist es aber ein seltenes Symptom.

Noch seltener ist das habituelle Erbrechen, welches wie bei Schwangern Monate lang anhalten kann. Die Ernährung leidet dabei

selten, und eine hochgradige Störung derselben, wie es Debout annimmt, dürfte wohl eine grosse Rarität sein. Vor einigen Jahren behandelte ich eine jungfräuliche, seit längerer Zeit schwach oder überhaupt nicht menstruirte 36jährige Näherin, mit mangelhafter Entwicklung des Uterus, welche neben anderweitigen hysterischen Erscheinungen seit fünf Jahren an habituellem Erbrechen alles Genossenen, mit Ausnahme von Kaffee, litt und dabei nicht nur nicht anämisch war, sondern sogar einen kräftigen Puls hatte und gut aussah. Die Kranke nährte sich auch seit jener Zeit ausschliesslich von Kaffee, welcher durch Milch sehr verdünnt war und von leichten Mehlspeisen, welche sie im Jahre nur einigemal vertragen konnte; Fleischspeisen eckelten sie so an, dass sie dieselben, wenn sie davon nahm, stets erbrechen musste; selbst Bouillon konnte sie nur ausnahmsweise bei sich behalten; Bier und Wein musste sie ebenfalls erbrechen, so dass Wasser ihr ausschliessliches Getränk war. Mehrmals wiederholte Application von Blutegeln an die Portio vaginalis sowie consequent gemachte warme Injectionen in die Vagina wirkten durch den Reiz auf den Uterus bei ihr stets vortheilhaft; die Kranke vomitirte allmählig seltener und behielt leichtere Mehlspeisen und eingekochte Fleischsuppe bei sich. Nach achtmonatlicher örtlicher Behandlung zeigte sich die Portio vaginalis vergrössert, die Mucosa von normaler Farbe; es stellte sich im Uterus eine vermehrte Vitalität ein, die Menstruation, welche, wie oben bemerkt, früher nur in Zwischenräumen von mehreren Monaten eingetreten war, kam nun alle vier bis fünf Wochen und dauerte zwei volle Tage; schliesslich konnte Patientin für gewöhnlich auch die Fleischspeisen, welche sie mit Appetit nahm, vertragen und wurde als gesund in die Heimath entlassen. — Ausser diesem eben mitgetheilten Falle behandelte ich noch drei weitere, bei welchen das habituelle hysterische Erbrechen auf alles Genossene sich ausdehnte. Ich will dieselben, da sie mir ein besonderes wissenschaftliches Interesse zu bieten scheinen, und die Literatur wenige derartige aufweist, hier näher beschreiben. Der erste Fall, welchen ich im bay. ärztlichen Intelligenzblatte (1871 Nr. 43) veröffentlichte, betrifft eine ledige Schuhmacherstochter, welche im 18. Lebensjahre stehend, am 23. Dezbr. 1870 zum Zwecke des klinischen Unterrichts von mir in's Reisingerianum aufgenommen und dort behandelt wurde. Dieselbe war in den ersten Kinderjahren gesund und entwickelte sich körperlich wie geistig regelmässig. Mit neun Jahren stellte sich täglich 3 bis 4 Mal Erbrechen ein, welches 5 bis 6 Monate bei ungestörtem Appetit anhielt; von dieser Zeit an zeigte sich auch eine allgemeine Hyperaesthesie. Mit dem 13. Lebensjahre trat bei ihr zum ersten Male die Menstruation auf;

dieselbe war ziemlich stark, schmerzlos, und kehrte alle vier Woehen wieder. Diese Regelmässigkeit dauerte aber nur 1 Jahr, worauf es zur Amenorrhoe kam, welche indess nach halbjähriger Dauer einer schwachen, nur Einen Tag anhaltenden, aber monatlich wiederkehrenden menstrualen Blutung Platz machte. Im Alter von 15 Jahren passirte unserer Kranken das Unglück, während der Periode in kaltes Wasser zu fallen, wodurch diese sofort unterbrochen wurde, und ein nervöser, Katalepsie ähnlicher Anfall — Steifsein des ganzen Körpers in Verbindung mit Bewusstlosigkeit — auftrat. Von dieser Zeit an wurde der Monatfluss noch schwächer, gewöhnlich nur einige Stunden dauernd und nur alle 8 oder 10 Wochen wiederkehrend; auch die Erscheinungen der Hyperaesthesie machten sich von da an in hohem Grade und in verschiedenen Formen geltend. Alle 4 bis 5 Wochen wurde Patientin von einem heftigen, stechenden Schmerze, welcher sich auf den Vorderkopf beschränkte (Clavus hystericus) befallen; derselbe dauerte stets 2 bis 3 Tage und trat unabhängig von der Periode auf; ferner hatte die Kranke häufig das Gefühl von pappigem Geschmaek und Trockenheit im Munde, grossen Durst, mangelhaften Appetit, fühlte sich trotz guten Schlafes fortwährend matt und litt stets an Obstipation, welche bisweilen zwei bis drei Woehen anhielt. Ein Jahr vor der Aufnahme in die Anstallt stellten sich auch häufig Anfälle von Schwindel, Ohnmachten und Dyspnoe ein. Als mehr in die Augen springendes Symptom der Hysterie zeigte sieh ferner der nun öfter auftretende Globus hystericus, wobei es sich aber nicht lediglich um einen Krampf des Oesophagus handelte, sondern, wie dies häufig der Fall ist, um einen Vorläufer eines vollständigen hysterischen Anfalles; es folgten nämlich auf denselben sehr bald klonische Convulsionen der oberen und unteren Extremitäten, Lach- und Weinkrämpfe mit zeitweise aufgehobenem Bewusstsein. Der Anfall dauerte in der Regel 2 bis 4 Stunden und wiederholte sich mit schwächerer Intensität 3 Woehen lang täglich einmal, setzte dann 8 Tage aus, um sich dann mit grösster Heftigkeit und in der Dauer von 7 Stunden wieder zu zeigen. Diese stärkeren Anfälle traten jedoch nur alle 3 oder 4 Wochen einmal auf. Der letzte derselben wurde am 23. Deeember 1870 in der Anstalt beobachtet. Er dauerte über 3 Stunden, und zeigten sich gemeinhin die oben angegebenen Erscheinungen, Oesophagismus als Einleitung, dann allgemeine Krämpfe mit zeitweise aufgehobenem Bewusstsein, heftiges Aufstossen und schliesslich Erbrechen. Alle bisher constatirten Erseheinungen waren für die mehr phlegmatisehe Kranke wohl sehr unangenehm, allein sie schienen ihr noeh halb und halb erträglich, weil sie ja doch meist in grösseren Zwiseheuräumen

auftraten und gewöhnlich nur von kurzer Dauer waren, so dass sie trotz derselben im Stande war, sich nothdürftig ihren Lebensunterhalt zu erwerben. Was für sie am peinlichsten war und was sie vorzugsweise bestimmte, ärztliche Hülfe zu suchen, war das habituelle Erbrechen, an welchem sie seit $1^1/_2$ Jahren litt, und in Folge dessen sie vollkommen erwerbsunfähig wurde. Wie oben angegeben, stellte sich bei der Kranken schon im 9. Lebensjahre ein täglich 2 bis 3mal wiederkehrendes Erbrechen ein, welches ungefähr ein halbes Jahr mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen anhielt. Dasselbe trat im 16. Lebensjahre der Patientin — also nach siebenjähriger Pause — in viel höherem Grade wieder auf. Es wurde alles Genossene erbrochen, ein Stück Fleisch oder Brod, welches mit grösstem Appetite verzehrt wurde, ebenso schnell und sicher, als ein Schluck Wasser, Thee, Bier oder Wein. Kaum dass die Speisen im Magen sind, kommt es zum Würgen, welches in zwei oder drei Minuten sicher zum Erbrechen des Genossenen führt. Da der Magen dadurch nicht Zeit hat zum Verdauen, so wird die Kranke beständig vom Hunger gequält, isst möglichst oft, so dass sie sich des Tages über oft zwanzigmal und darüber erbricht. Patientin gibt an, dass sie vom Mai 1869 an bis October, also ein volles halbes Jahr, constant alles Genossene erbrochen habe, dass dann eine vierteljährige Pause gekommen sei, und darauf derselbe Zustand vom Februar bis 23. Dezember, an welchem Tage sie in die Anstalt aufgenommen wurde, mit geringen Unterbrechungen sich wieder gezeigt habe. Die von mehreren Seiten dagegen ordinirten Mittel, CO_2 haltige Wasser, Eisstücke, Stomachica, ausschliessliche Milchdiät, Senfteig, Blutegel, Vesicatore in die Magengegend u. dgl. m. waren ohne Erfolg. — Bei der Aufnahme der Kranken in die Anstalt wurde Folgendes constatirt: Kleine, gedrungene Figur, entwickelte Musculatur, mässiger Fettansatz, bleiches, gedunsenes Gesicht, matter, geistloser Gesichtsausdruck; Puls etwas schwach, von normaler Frequenz; Herz normal gross, Herztöne rein; in den Lungen überall rein vesiculäres Athmen; die Brüste verhältnissmässig stark entwickelt. Unterleib von normaler Ausdehnung; weder Palpation noch Percussion lassen irgend welche Veränderung desselben entdecken. Die Empfindlichkeit ist am ganzen Körper bedeutend vermehrt, am stärksten ist dieselbe in der Magengegend — die Kranke fährt bei leichter Berührung zusammen — auch die Brust und die oberen Extremitäten sind in hohem Grade hyperästhetisch, weniger die unteren Extremitäten, die Unterbauchgegend und der Rücken. — Die innere Untersuchung war wegen der ausserordentlichen Schmerzhaftigkeit des Introitus vaginae beim Touchiren nur durch Anaesthesirung der Patientin möglich. Das Hymen vorhanden, der Uterus

normal gelagert, leicht beweglich, nicht vollkommen entwickelt. Die Kranke erbricht in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Anstalt alles Genossene trotz mehrmaliger subcutaner Injectionen von Morphium muriaticum, und zeigte sich ausserdem der oben beschriebene hysterische Anfall. Derselbe wurde durch Begiessung des Kopfes und Gesichtes mit kaltem Wasser sofort beseitigt. Als ich dann nach dem Anfalle der Kranken kaltes Wasser trinken liess mit der Drohung, die Begiessung sogleich zu wiederholen und sie auf den ganzen Körper auszudehnen, wenn sie das getrunkene Wasser nicht bei sich behielte, stellte sich das Würgen später ein, war weniger heftig, und das Erbrechen selbst erfolgte erst $^1/_4$ Stunde nach dem Genusse des Wassers. — Die anamnestischen Momente, die Störungen der Sensibilität und Motilität einerseits, die Resultate der Exploration andererseits führten zur Diagnose der Hysterie. Dieselbe kam durch die mangelhafte Entwicklung des Uterus, noch mehr aber durch die mangelhafte Thätigkeit des Organs zum Ausbruch. Die Behandlung musste daher der Indicatio causalis Rechnung tragen. Die Kranke, deren habituelles Erbrechen als ein hysterisches, nicht durch materielle Veränderungen im Magen bedingtes angesehen werden muss, durfte daher, wie dies auch Schwangere mit demselben Zustande ohne Nachtheil thun können, Alles essen und trinken und erhielt, abgesehen von einigen versuchsweise gemachten, aber erfolglosen subcutanen Morphiuminjectionen, durchaus keine Medicamente; sie wurde ausschliesslich örtlich behandelt d. h. der mangelhaft entwickelte und mangelhaft thätige Uterus wurde öfter sondirt — die Sonde längere Zeit in cavo uteri liegen gelassen —, mit Lapis infernalis geätzt, später mit Ferrum candens cauterisirt, Incisionen in das verengte Orificium externum gemacht und Blutegel ad portionem vaginalem gesetzt. Schon nach achttägiger, stets über den anderen Tag durchgeführter örtlicher Behandlung konnte eine Abnahme der Hyperaesthesie constatirt werden. Druck auf die Extremitäten und die Brust war nun weniger schmerzhaft, die Kranke zuckte dabei nicht mehr zusammen; der Unterleib, namentlich die Magengegend war indess noch in gleichem Grade empfindlich; das Erbrechen trat noch ebenso häufig wie früher auf. Nach weiterer achttägiger Behandlung — am 3. Januar 1871 — war die cutane Hyperaesthesie an den oberen und unteren Extremitäten sowie an der Brust ganz verschwunden und in der Magengegend, noch mehr aber in der Regio hypogastrica sehr gering; das Erbrechen trat seltener — 4 bis 6mal täglich — auf, die Kranke konnte geringe Quantitäten Wasser und andere Flüssigkeiten behalten. Nachdem dieselbe noch weitere 8 Tage, also im Ganzen ungefähr 3 Wochen in der oben angegebenen Weise behan-

delt worden war, zeigten auch der Unterleib sowie die inneren Genitalien normale Empfindung, das Erbrechen war ganz gewichen. Die Patientin vertrug selbst schwer verdauliche Speisen, welche derselben absichtlich gegeben wurden, ohne die geringsten Beschwerden. Zur weiteren Beobachtung wurde sie noch 10 Tage in der Anstalt zurückbehalten und, da sie auch während dieser Zeit ununterbrochen wohl war und körperlich bedeutend zunahm, wurde sie am 21. Januar vollkommen geheilt und blühend aussehend nach Hause entlassen. Dort verrichtete sie die häuslichen Arbeiten 5 Wochen lang in vollkommener Gesundheit; nach Ablauf dieser Zeit stellte sich aber das Erbrechen von Zeit zu Zeit wieder ein, wenn auch nur einige Mal des Tages; die Hyperaesthesie trat ebenfalls wieder auf, aber nur schwach und auf die Magengegend beschränkt. Da sie in das Reisingerianum nicht aufgenommen werden konnte, und die Erscheinungen erträglich waren, nahm sie in München einen Dienst an und besuchte die Poliklinik. Sie wurde dort vom 30. März bis 13. April wie früher behandelt und momentan gebessert. Obwohl nicht geheilt, blieb sie von der Poliklinik weg und kam erst am 5. Juli wieder, wo sie dann in der Anstalt wieder Aufnahme finden konnte. Sie erbrach wieder alles Genossene, und war die Hyperaesthesie mit Ausnahme der oberen Extremitäten wie früher vorhanden. Sie wurde wieder ausschliesslich örtlich und in derselben Weise wie früher behandelt, und schon am 15., also 10 Tage nach der Aufnahme in die Anstalt, hörte das Erbrechen ganz auf, und die Empfindlichkeit war wesentlich vermindert. Das Erbrechen trat ausser am 23., wo sie sich sehr angestrengt hatte, nicht mehr auf, die Sensibilität zeigte sich wieder vollkommen normal, so dass sie am 27. Juli die Anstalt in voller Gesundheit verliess. Die Nachrichten über das Befinden der Kranken reichen bis Anfangs September, bis zu welcher Zeit sie normal menstruirt und überhaupt vollkommen gesund war. Spätere Nachrichten lauteten ebenfalls günstig. — Bezüglich der Diagnose der Hysterie im vorliegenden Falle dürfte wohl jede weitere Erörterung überflüssig erscheinen. Die abnorm gesteigerte Sensibilität der Extremitäten, der Brust und des Unterleibs sowie die zeitweise auftretenden Störungen der Motilität, der Oesophagismus, die bisweilen auftretenden allgemeinen Convulsionen und die der Katalepsie ähnlichen Anfälle weisen mit aller Bestimmtheit auf diese Neurose hin. Ferner fällt hier auch der Umstand in die Wagschaale, dass im vorliegenden Falle pathologische Veränderungen des Uterus und seiner Functionen vorhanden sind, und dass nach der Statistik bei ungefähr 80% Hysterischer sich krankhafte Zustände des Sexualapparates constatiren lassen. Endlich, welche Neurose sollte es in diesem Falle

sein, wenn es nicht Hysterie ist? — Man muss daher das Erbrechen alles Genossenen als Theilerscheinung der Hysterie betrachten. Dabei mache ich einerseits aufmerksam auf die Häufigkeit der spasmodischen Contractionen des Magens und Darmes bei Hysterischen — Aufstossen (Ructus), Kollern und stärkere Bewegungen in den Gedärmen, unter denen auch das habituelle Erbrechen, wenn auch seltener vorkommt, andererseits auf den unzweifelhaften Erfolg der causalen Behandlung sowie auf die Wirkungslosigkeit der früher von anderer Seite in Menge angewandten Mittel, welche auf den Magen umstimmend wirken sollten.

Der zweite Fall betrifft eine Kammerjungfer im Alter von 23 Jahren, welche ebenfalls an mangelhafter Entwicklung des Uterus und zugleich an abnormer Kleinheit des Herzens litt. Dieselbe war in den Kinderjahren schwächlich, entwickelte sich sehr langsam und unvollkommen. Schon vor ihrer Entwicklung klagte sie oft über heftige Kopfschmerzen, häufige Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Im 17. Lebensjahre wurde sie zum ersten Male menstruirt aber fortan schwach und meist unter heftigen, kolikartigen Schmerzen; indess regelte sich die Periode allmählig, nur blieb sie schwach und dauerte nie über ein bis zwei Tage. Mit dem 21. Lebensjahre cessirten die Menses in Folge eingetretener Erkältung plötzlich; es kam dann zu allgemeinen hysterischen Convulsionen, welche mehr minder lang dauerten und dann gewöhnlich mit einer heftigen, einen halben Tag anhaltenden Migraene endigten. Von da an entwickelte sich eine stets zunehmende chron. Endometritis, ein allgemeiner hochgradiger Schwächezustand, welcher immer mehr überhand nahm. Die hysterischen Anfälle setzten mehrere Monate aus, erneuerten sich aber nach einem heftigen Schrecken der Kranken; dabei kam es auch zum Oesophagismus und schliesslich zum Erbrechen alles Genossenen. Letzteres trat nun häufig — des Tages 3—10 Mal — gerne aber in Verbindung mit Migraene auf und steigerte sich endlich in Verbindung mit den nervösen Kopfschmerzen so, dass die Kranke nach zweimonatlicher Dauer des Zustandes in der gynaekologischen Poliklinik Hilfe suchte. Sie wurde anfangs Februar l. J. in das Reisingerianum aufgenommen und dort nach sorgfältiger Untersuchung, wobei sich die oben angegebenen krankhaften anatomischen Veränderungen nachweisen liessen, wochenlang örtlich behandelt. Schon nach 14 Tagen zeigte sich eine merkliche Besserung, das Erbrechen stellte sich anstatt durchschnittlich 6mal des Tages nur mehr 2 bis 3 Mal ein und dann gewöhnlich erst $^1/_4$ oder $^1/_2$ Stunde nach dem Genusse von Speisen und Getränken; die allge-

meinen Convulsionen waren nur mehr zwei Mal aufgetreten, so dass gegründete Hoffnung bestand, auch in diesem Falle, bei welchem ja das habituelle Erbrechen noch nicht so lange währte, wie bei dem eben beschriebenen, einen vollkommenen Erfolg durch die Berücksichtigung der Indicatio causalis zu erreichen. Es kam aber anders. Ohne nachweisbare specielle Veranlassung kam es unmittelbar nach dem Genusse von eingekochter Reisssuppe zu heftigen, stundenlang dauernden Würgen und Erbrechen nebst Oesophagismus und allgemeinen Krämpfen, sowie Epiglottiskrampf, wobei die Kranke, ehe die Wärterin einen Arzt holen konnte, an Erstickung zu Grunde ging. Die von mir und dem poliklinischen Assistenzarzte Herrn Dr. Becker vorgenommene Obduction ergab einen mangelhaft entwickelten Uterus, ein ausserordentlich kleines, dünnwandiges Herz und keinerlei Veränderungen im Magen oder Darm, so dass also der Eintritt des Erstickungstodes durch den Epiglottiskrampf bei unzureichender Herzthätigkeit erklärt werden muss. In diesem Falle konnte die Diagnose „hysterisches Erbrechen" durch den negativen Befund im Magen bestätigt werden und ebenso jene der abnormen Kleinheit des Uterus.

Der dritte Fall von habituellem hysterischen Erbrechen betrifft ein 27jähriges Dienstmädchen, welcher seit März l. J. an diesem Uebel leidet und seit Ende April im Reisingerianum bis zur Stunde in meiner Behandlung sich befindet. Dieselbe war als Kind gesund und wurde mit 18 Jahren zum ersten Male menstruirt; die Periode war schwach, dauerte nur zwei Tage, wiederholte sich alle vier Wochen ohne irgend welche Beschwerden. Vom 22. Lebensjahre an zeigten sich Unregelmässigkeiten der Menstruation, welche vier Jahre dauerten und wahrscheinlich eingeleitet und unterhalten wurden durch eine in jenem Jahre auftretende und ein Jahr später sich wiederholende Pneumonie, ferner durch eine Gehirnentzündung im 24. Lebensjahre; die Periode regelte sich indess allmählig wieder und war dann bis zum November 1873, leichtere dysmenorrhoische Erscheinungen abgerechnet, normal. Vom November an cessirte sie aber gänzlich. Im Februar 1874 stellten sich bei der amenorrhoischen Kranken häufig Uebelkeiten und Schmerzen in der Magengegend ein, welche langsam zunahmen; am dritten März kam es bei ihr zum Erbrechen und zwar unmittelbar nach dem Auftreten eines Globus hystericus. Das Erbrechen ging schon in einigen Tagen in ein habituelles über und konnte die Kranke weder feste, noch flüssige Substanzen irgend welcher Art, nicht einmal eine kleine Quantität Wasser, bei sich behalten, sondern erbrach Alles schon einige Minuten nachdem sie es genossen; auch die Uebelkeiten dauer-

ten an. Wegen einer gleichzeitig vorhandenen acuten, heftigen Bronchitis ging Patientin in's allgemeine Krankenhaus und wurde dort in der Abtheilung des Herrn Geheimrath Dr. von Gietl mehrere Wochen behandelt und, nachdem die Erscheinungen der Bronchitis geschwunden waren, das Erbrechen aber trotz aller dagegen angewendeten rationellen Mittel ungeschwächt fortgedauert hatte, die Kranke mir überwiesen, weil man per exclusionem annehmen zu müssen glaubte, dass das Erbrechen durch eine krankhafte Veränderung im Sexualapparate hervorgerufen und unterhalten werde. Eine von mir im allgemeinen Krankenhause auf Wunsch des Herrn Geheimrath vorgenommene innere Exploration bestätigte diese Annahme, indem das Ergebniss derselben folgendes war: Uterus von normaler Grösse, stark nach links und rückwärts gelagert, ausserdem hochgradige chronische Endometritis und Vaginitis; der Scheidentheil hyperämisch, krankhafte Veränderungen im übrigen Sexualapparat namentlich in den Ovarien konnten nicht entdeckt werden. Die Kranke war bei der Aufnahme ins Reisingerianum sehr abgemagert, konnte weder gehen noch stehen, litt an hartnäckiger Obstipation und fieberte anhaltend. Es wurde trotz des bedenklichen Schwächezustandes derselben sofort mit der örtlichen Behandlung begonnen, wiederholt drei Stück Blutegel an die Vaginalportion gesetzt, Cauterisationen des Cervix in Zwischenräumen von zwei bis drei Tagen vorgenommen, kühle Injectionen in vaginam ordinirt, für regelmässige Stuhlentleerungen gesorgt u. A. m. Schon nach acht Tagen erfolgte das Erbrechen nicht mehr unmittelbar nach dem Genusse der Speisen und Getränke und nach 14 Tagen konnte die Kranke schon etwas Wasser und Kaffee vertragen, die Uebelkeiten liessen nach. Gegenwärtig, also nach 11 wöchentlicher örtlicher Behandlung verträgt die Kranke Wasser und Bier in grösseren Quantitäten, ferner Kaffee, Eier und Weissbrod, selbst Fleisch und leidet nicht mehr an Uebelkeiten. Dieselbe ist wesentlich stärker und frischer und kann halbe Tage lang im Zimmer und Stunden lang im Garten herumgehen. Es unterliegt meines Erachtens keinem Zweifel, dass die Kranke nach vollständiger Beseitigung des schon sehr gebesserten örtlichen Leidens das Erbrechen ganz und dauernd verliert.

Zu den wenigen Fällen von habituellem hysterischen Erbrechen, welche in der Literatur aufgezeichnet sind, hat Charcot*) einige hinzugefügt, in welchen zugleich Suppressio urinae vorhanden war,

*) Leçons clinicales sur les maladies du systeme nerveux. Paris 1873.

durch Analyse Harnstoff im Erbrochenen gefunden wurde und dasselbe nach Urin roch. In den von mir behandelten Fällen war weder die Häufigkeit der Entleerungen noch die Quantität des täglich entleerten Urins abnorm, noch roch das Erbrochene nach Urin.

Häufiger als das habituelle Erbrechen zeigt sich bei Hysterischen Kollern und stärkere Bewegung in den Gedärmen, welche Erscheinungen zweifellos spasmodischer Natur sind. Wenn nun dabei, wie es gewöhnlich der Fall ist, zugleich ein hochgradiger, bald zu- bald abnehmender Meteorismus vorhanden ist, so dass dadurch der Unterleib ein ungewöhnlich grosses Volumen erreicht, so kann es vorkommen, dass Frauen, welche gerne Mutter sein möchten, die Vergrösserung des Leibes für Schwangerschaft und die Bewegungen der Gedärme für Kindesbewegungen halten. Seanzoni erzählte in seiner Klinik einen dies bezüglichen Fall von einer nervösen, kinderlosen Dame, welche in der Meinung, nach einigen Wochen entbinden zu können, zu ihm nach Würzburg kam, und die gedachten Erscheinungen, neben denen zufällig auch Amenorrhöe vorhanden war, für die pathognomonischen Schwangerschaftszeichen hielt. Eine genau vorgenommene Exploration ergab indess das Fehlen dieser letzteren.

Krämpfe des M. urethralis s. constrictor urethrae nach Budge*) zählen zu den häufigeren Symptomen der Hysterie und treten in verschiedenen Graden auf. Sie dauern oft Jahre lang, so dass in den schlimmeren Fällen der Urin oft durch den Katheter entleert werden muss, während leichtere Grade durch fleissig gebrauchte Sitzdampfbäder oder durch öfteres Einlegen eines elastischen Katheters in die Urethra in einigen Wochen beseitigt werden.

Ich behandelte vor mehreren Jahren eine 26jährige hysterische Putzarbeiterin, welche sich drei Jahre lang selbst katheterisirte und welche zugleich an Lähmung des Rectum litt, so dass sie oft 8—12 Tage lang keine Stuhlentleerung hatte. Wollte man einwenden, es sei hier, anstatt eines Krampfes am Blasenhalse, Lähmung am Blasenkörper vorhanden gewesen, so gebe ich zu bedenken, dass selbst bei Tage langer Retentio urinae nie freiwilliges Abträufeln des Urins stattfand.

Während täglich mehrmals gebrauchte Dampfsitzbäder mit Ka-

---

*) Budge hat durch seine neueren Untersuchungen dargethan, dass ein den Namen Spincter Urocystidis verdienender Muskel nicht existirt, sondern, dass ansehnliche Muskel der Harnröhre (M. urethralis s. constrictor urethrae und der bulbocavernosus) den Harnabfluss verhindern.

millenthee Urinabgang bewirkten, so dass die Kranke in einigen Wochen beinahe regelmässig ohne künstliche Nachhilfe uriniren konnte, wurde die hartnäckige Obstipation durch abführende Mineralwasser und täglich gemachte Injectionen von grösseren Quantitäten kalten Wassers, wenn auch viel später, behoben. Der Erfolg der Behandlung beweist hier die Richtigkeit der Diagnose.

Einen weiteren Fall beobachtete ich vor mehreren Jahren in der hiesigen Poliklinik; endlich verweise ich auf den bekannten Fall der Rachel Herz. Englische, amerikanische und vor Allem französische Aerzte suchen die „hysterische Ischurie“ wieder in die Symptomatologie einzuführen, namentlich Charcot und Fernet, wenn sie auch deren Vorkommen als selten angeben und glauben das Hinderniss zum Theil in den Nieren, in einem Krampf der Harnleiter, zu finden.

Spasmus ani ist sehr selten und in der Regel durch zweckmässige örtliche Wärmeanwendung rasch zu beheben.

Der schmerzhafte Krampf des musculus constrictor cunni in Verbindung mit spasmodischer Contraction der Muskelfasern der Scheide — Vaginodynie, Vaginismus —, wobei die Kranken unwillkürlich die Oberschenkel an einander drücken und welcher durch den Reiz der Exploration oder durch die Furcht vor derselben, durch den Versuch des Coitus, durch psychische Affecte und bisweilen sogar bei vollständiger Ruhe durch die Bettwärme allein auftritt, hängt, wie wir später hören werden, zwar häufig mit materiellen Veränderungen der Genitalien zusammen, stellt sich aber auch nicht selten als Theilerscheinung der Hysterie dar.

In der Literatur finden sich einige Fälle von Strabismus hystericus convergens aut divergens. Derselbe muss durch das Uebergewicht des einen Augenmuskels über seinen Antagonisten zu Stande kommen und kann sowohl in krampfhafter Contraction des einen Muskels, wie in Paralyse seines Antagonisten begründet sein. Abgesehen von den momentanen Lagedeviationen der Bulbi unmittelbar vor, während und unmittelbar nach den convulsivischen Anfällen der Hysterischen, habe ich nie ein hysterisches Schielen beobachtet, bin aber der Ueberzeugung, dass dasselbe sich hie und da zeigen dürfte, da ja reizbare Individuen zu Krämpfen und Lähmungen in allen Muskelgruppen disponirt sind und Hysterische, wie bekanntlich auch die Kinder, sehr häufig durch Nachahmung zum Strabismus kommen können, wenn sie Interesse daran finden.

Valentiner spricht von einer „sogenannten Unruhe in den Beinen“ bei Hysterischen, welche trotz des Gefühles grosser Ermüdung und Erschöpfung die Kranken zu Bewegungen, zum Gehen zwinge und welche auf partiellen Muskelzuckungen beruhe. Ich

erinnere mich, dass mehrere hysterische Patientinen mir darüber geklagt haben, wenn auch dieses Symptom bei ihnen nicht besonders stark entwickelt schien. Sehr ausgeprägt aber fand ich diesen Zustand bei einem exquisit hysterischen Manne — er dürfte nur schwer von einer hochgradig hysterischen Dame übertroffen werden —, welcher als 47 Jahre alter Hagestolz, als nichtsnutziger Particulier keine andere Beschäftigung kannte, als über seine Impotenz und Nervenschwäche zu klagen und seine Jugendsünden: langjährige Onanie und Paederastie sich vorzuhalten. Dieser Mann leidet an zeitweise auftretenden Stössen in der einen oder anderen Extremität, welche früher so stark waren, dass stets sein ganzer Körper dadurch erschüttert wurde und dass er desshalb, was auch jetzt noch hie und da vorkommt, alle 20 oder 10 Minuten in seinem ohnedies unruhigen Schlafe gestört wurde und dass er auch bei Tag, obwohl meist sehr müde, nicht lange sitzen oder liegen kann. — Ferner behandle ich seit 6 Wochen eine 24jährige, 4 Jahre verheirathete kinderlose Dame mit mangelhaft entwickeltem Uterus und abnorm kleinem Herzen. Dieselbe wurde mit 17 Jahren zum ersten Male menstruirt und dann fortwährend regelmässig aber schwach. Seit einem halben Jahre wurden ihre Regeln noch schwächer und dauern nur einen Tag. Vor ungefähr 2 Monaten wurde sie von einem hysterischen Anfalle überrascht — heftige Kopfschmerzen, welche mehrere Stunden anhielten, leiteten allgemeine Convulsionen ein —, welcher sich in den darauffolgenden Tagen mehrmals, wenn auch in leichterem Grade wiederholte. Seitdem ich die Kranke zum ersten Male sah — also seit 6 Wochen — blieb sie von derartigen Anfällen verschont, befindet sich aber in einem Zustande hochgradiger Erregung, jammert häufig und fühlt sich unglücklich. Sie will das Bett nicht verlassen, liegt meist zusammengekauert in demselben, klagt über Hüft- und Kreuzschmerzen und zieht die linke untere Extremität beinahe ununterbrochen an die rechte an und reibt sie an deren Knie, so dass ich zur Hintanhaltung der nachtheiligen Wirkungen des Reibens die beiden Beine mit Leintüchern umwickeln liess. Eine ernste Mahnung von Seite des Arztes oder ihrer energischen Mutter übt nur momentane günstige Wirkung aus; sie vergisst sich bald wieder und reibt fort. Seit 3 Wochen hat sich der Zustand wesentlich gebessert, das Reiben aufgehört und die Kranke das Bett verlassen, so dass sie bisweilen im Zimmer auf und abgeht. Es hat sich aber dafür eine Art Subparalyse des Darmes eingestellt, die Kranke hatte 10 Tage lang keinen Stuhlgang und kein Drasticum war im Stande, einen solchen zu bewirken, so dass ich zu einem Monstreklystier, welches sofort die gewünschte Wirkung brachte,

meine Zuflucht nahm. Seit 8 Tagen verfällt die Kranke jeden Morgen in einen sechs bis 8stündigen krankhaften Schlaf, welcher die grösste Aehnlichkeit mit dem Zustande einer Kataleptischen zeigt. In diesem Falle finden wir hysterische Krämpfe und Lähmungen vereinigt.

Die allgemeinen Convulsionen der Hysterischen manifestiren sich in vielen Fällen nur als Zittern oder Zuckungen der Extremitäten (namentlich der oberen) und des Gesichtes, Verdrehen der Augen und leichtgradige, unwillkürliche Bewegungen des Rumpfes, wobei die Kranken sich eines ungestörten Bewusstseins erfreuen und dasselbe auch äussern; in anderen Fällen gehen aus diesen leichteren Krämpfen heftige, sowohl die somatischen wie die psychischen Functionen nahezu ganz aufhebende Paroxysmen hervor, oder aber es entwickeln sich diese von vorne herein mit aller Intensität. Die Kranken werden unruhig, wälzen sich von einer Seite zur andern, krümmen sich nach vorne, so dass der Rücken hohl wird, die Extremitäten dehnen und strecken sich, oder es wechselt bei denselben, namentlich bei den Armen, Extension rasch mit Flexion ab, so dass bald tonische Krämpfe, bald klonische sich zeigen. Die Convulsionen in den Extremitäten sind oft mächtig, so dass nur mehrere Personen mit grösster Gewandheit und Mühe die Kranken während des Paroxysmus vor Verletzungen schützen können. Der Kopf ist gewöhnlich nach rückwärts geworfen (Opisthotonus), wodurch der Hals nach vorwärts gedrängt wird, oder der Körper ist mehr nach einer Seite hin abgebogen (Pleurothotonus) oder mehr gestreckt (Orthotonus), ausserdem Trismus; das Gesicht ist stark geröthet, die Augenlider meist geschlossen und zitternd; die Gesichtsmuskeln zucken bisweilen oder sind in Ruhe. Werden die Hände freigelassen, so schlagen sie sich oft heftig auf die Brust, in's Gesicht oder fahren nach dem Halse, gleich als wollten sie sich dort von einer Beengung befreien; die Kranken wollen sich die Haare ausreissen, die Kleider zerarbeiten und beissen und schlagen nach der Umgebung. Die Daumen sind meist eingeschlagen; die Respiration ist erschwert und unregelmässig, sowie lebhafte Herzthätigkeit vorhanden. Nachdem diese Convulsionen bei mangelhaftem, bisweilen ganz unterbrochenem Bewustsein 5—10—15 Minuten und bisweilen noch viel länger gedauert haben, tritt ein Stillstand derselben ein, welcher in der Regel nach kurzer Zeit wieder in den vorigen Zustand umschlägt. Diese Wiederholungen können mehrmals eintreten; die Pausen zwischen denselben sind Zustände hochgradiger Erschöpfung und Theilnahmslosigkeit der gereizten Kranken, welche bei der leisesten Berührung oder dem geringsten Geräusche zittern und zusammenfahren. Wir haben schon

früher gehört, dass diese Anfälle nicht selten in Verbindung mit Lach- und Weinkrämpfen auftreten.

Es ist geradezu unmöglich, die verschiedenen Varietäten der hysterischen Paroxismen sowohl bei ein- und demselben Falle, als bei den verschiedenen Kranken darzustellen. Hie und da finden wir Paroxismen, bei welchen die Kranken ohne Convulsionen oder unter Ausstossen eines heftigen Schreies niedersinken mit tiefer, unterbrochener Respiration, geröthetem Gesichte und aufgehobener Sensibilität. Nach dem Anfalle erheben sie sich mit Depression des Gemüthes und völlig erschöpften Kräften meistens klagend und weinend. Wenn wir häufig das wenig getrübte Bild von klonischen Krämpfen vor uns haben, so finden wir in seltenen Fällen die Erscheinungen des Tetanus und der Katalepsie, während epileptiforme hysterische Paroxismen keineswegs zu den Seltenheiten gehören. Letztere können von den wirklichen epileptischen Anfällen nur schwer unterschieden werden. Der Hauptanhaltspunkt für die Unterscheidung wird dadurch gegeben, dass beim epileptischen Anfalle das Bewusstsein stets vollkommen fehlt, während bei den hysterischen Anfällen dasselbe nur selten aufgehoben ist; alle übrigen differential-diagnostischen Kriterien sind unsicher, so dass in manchen Fällen eine sichere Diagnose überhaupt nicht gemacht werden kann oder aber einzig und allein dadurch, dass wir aus dem Studium der Krankengeschichte die Epilepsie entweder annehmen oder ausschliessen. Uebrigens darf man den möglichen Uebergang der Hysterie in die Epilepsie nicht ausser Acht lassen.

Eine nähere Berücksichtigung verdient noch die Katalepsie. Da derselben, so weit nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft das Verhältniss sich beurtheilen lässt, höchst wahrscheinlich eine besondere Erregung des motorischen Nervenapparates zu Grunde liegt, wodurch alle Muskel des Körpers in einem die Schwere der Glieder überwältigenden Contractionszustande erhalten werden, so glaube ich, obwohl das Gehirn zugleich betheiligt ist, diese Neurose hier unter den Motilitätsstörungen besprechen zu müssen.

Bekanntlich wird die Katalepsie, welche überhaupt nur höchst selten vorkommt, namentlich als (primäres) idiopathisches Leiden bei verschiedenen Psychosen (Melancholie) und bei neuropathischen Krankheiten (Veitstanz, Hysterie u. dgl. m.) als secundäres (symptomatisches) Uebel hie und da beobachtet. Selbstverständlich kann uns hier die Starrsucht nur als Krankheitserscheinung der Hysterie interessiren.

Es gibt sehr vereinzelte Fälle von Hysterie, bei denen manchmal ein kataleptischer Anfall oder die Katalepsie — denn diese besteht

ja ausschliesslich in den Anfällen — die ärztliche Wissbegierde in besonderem Grade erregt. Nach einer bestimmten Veranlassung oder auch, ohne dass eine solche sich nachweisen liesse, ähnlich wie bei den gewöhnlichen hysterischen Paroxysmen, werden mit einem Male die psychischen Functionen auf ein Minimum reducirt oder gänzlich aufgehoben und dadurch die freiwilligen Bewegungen suspendirt, die Sensibilität sistirt. Die Patientin zeigt schwache Herzaction und einen sehr kleinen Puls von 90—100 Schlägen, kühle und trockene Haut, eine kaum wahrnehmbare Respiration. Sie bleibt während des Paroxysmus genau in der Stellung oder Lage, in welcher sie der Anfall überrascht hatte oder in welche sie während der Dauer desselben gebracht worden war. Sie gleicht einer Wachsfigur: gestreckte Glieder, bleiches, lebloses Gesicht mit halbgeöffnetem Munde und starren, halb offenen, manchmal geschlossenen Augen. Schlingbewegungen sind möglich, Harn- und Stuhlentleerungen nicht gestört. Die Anfälle dauern oft nur wenige Minuten, oder aber Stunden, ja sogar Tage; in letzterem Falle treten kürzere oder längere Pausen mit allgemeiner Schwäche, Eingenommenheit des Kopfes und Apathie ein.

Eine erleichterte, passive Beweglichkeit der Glieder und schwache active Bewegung der einen oder anderen Extremität, ein momentanes, natürliches halbes Oeffnen der Augen und schwaches Fixiren eines Gegenstandes, das Sichheben des Pulses sind die Schlusserscheinungen des Anfalls. Dann wird die Respiration wieder wahrnehmbar, die Kranke gibt auf lautes Anrufen Antwort, fängt an zu gähnen und zu seufzen und kommt allmählig aus ihrem Zustande heraus, als wäre sie von einem tiefen Schlafe geweckt worden. Was mit ihnen während des Paroxismus vorgegangen, wissen die Kranken nicht oder nur zum Theil*), wohl aber, was sie vor dem Anfalle gethan haben. Hat dieser lange — mehrere Stunden — gedauert, so fühlen sich die Betroffenen abgeschlagen, klagen über Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes, und sind oft Tage lang angegriffen. Bei nur einige Minuten dauernden Anfällen sind dieselben sofort wieder so gesund wie vorher, nur das manche noch einige Minuten lang verwirrtes Zeug sprechen, wie Kinder, welche von einem lebhaften Traume erwachen. Einen lethalen Ausgang dürfte die Katalepsie für sich wohl nie bedingen.

Aus der Privatpraxis sind mir mehrere Fälle von Katalepsie lebhaft im Gedächtnisse. Ich beschränke mich auf die Erzählung der vier interessanteren.

*) Watson Chambers u. A. sprechen daher auch von einer „unvollkommenen Katalepsie", bei welcher das Bewusstsein nicht gestört ist.

Der erste Fall betrifft ein hysterisches Dienstmädchen, von welcher ich vor sechs Jahren leider nur einen Anfall, der aber mit kurzen Unterbrechungen gegen 30 Stunden lang anhielt, beobachten konnte. Dieselbe, 27 Jahre alt, an Endometritis chronica und hochgradiger Anteversion leidend, konnte trotz ihres täglich mehrmals auftretenden Globus hystericus und der heftigsten Cardialgieen, von welchen sie gequält wurde, schwere Arbeiten verrichten. Eines Tages nachdem sie sich einige Stunden vorher sehr aufgeregt hatte, klagte sie über Uebelkeiten, grosse Müdigkeit und Schwindel und legte sich desshalb zu Bette. Als ihre Herrschaft sie todtenblass und scheinbar leblos liegen sah, schickte sie nach mir. Ich fand sie ausgestreckt, die Extremitäten starr und konnte dieselben nur mit grösster Anstrengung von einer Lage in eine andere bringen, in welcher sie dann wieder liegen blieben. Herz- und Lungenthätigkeit konnte kaum constatirt werden; der Puls war unsicher zu fühlen und musste über 100 Schläge gehabt haben; die Haut kühl und trocken, die Augen halb geschlossen. Laute Rufe in's Ohr, festes Ergreifen und Zerren der einen oder anderen Extremität blieben ohne Reaction; Stuhl war keiner vorhanden; der Urin wurde nach Ablauf von 12 Stunden mit dem Katheter abgenommen. Bald darauf erwachte sie aus ihrem Zustande, in welchen sie nach $1^1/_2$ Stunden nochmals verfiel, um nach weiteren 10 Stunden unter dem Gefühle hochgradiger Schwäche dauernd zu erwachen.

Der zweite Fall betrifft die 34jährige, kinderlose Frau eines Koches, welche körperlich wie geistig in der Entwicklung zurückgeblieben ist und an hochgradiger Gedächtnissschwäche leidet. Seit ihrem 25. Lebensjahre, in welchem sie heirathete, leidet sie an Globus hystericus, nervösen Rückenschmerzen, allgemeiner Hyperästhesie; mit 30 Jahren traten bei ihr ohne besondere Veranlassung zwei- bis dreimal des Monats, später viel häufiger und zwar stets bei Nacht kataleptische Anfälle auf. Ihre Mutter, welche in demselben Zimmer schlief, bemerkte nämlich eine plötzliche Leblosigkeit der Tochter, welche durch nichts zu körperlichen Bewegungen oder zum Bewusstsein zu bringen war, was circa 5 Minuten anhielt, und woran sich die Kranke nachher nicht erinnerte. Zufällig wegen kolikartiger Leibschmerzen gerufen, sah ich um $^1/_2$9 Uhr Abends einen derartigen kurzen kataleptischen Anfall. Ich fand sie auf dem Rücken, mit angezogenen unteren Extremitäten, steif und kalt, mit entstelltem Gesichte, geschlossenen Augen, wie eine Erfrorene, im Bette liegend. Lungen- und Herzthätigkeit waren, wie in dem vorangehenden Falle kaum wahrnehmbar.

Die Engländer, namentlich Watson, unterscheiden eine Kata-

lepsie, welche stets bei Tage — daymare — und eine solche, die stets bei Nacht auftritt — nightmare — so dass für unseren Fall die letztere Bezeichnung passen würde*).

Eine dritte Hysterische, welche ich an kataleptischen Anfällen behandelte, ist die 37jährige Gattin eines hochgestellten Beamten. Die Dame, Mutter von 2 Kindern, leidet an allgemeiner, somatischer wie psychischer Hyperästhesie und wird oft von Hemicranie befallen. Von tuberkulösen Eltern abstammend war sie angeblich gleichwohl in ihrer Jugend gesund und mit 15 Jahren vollkommen entwickelt. Zwei Jahre später wurde sie durch eigenthümliche Verhältnisse in anhaltende Aufregungen versetzt, es bildete sich bei ihr allmählig eine hochgradige Hyperästhesie aus und, obwohl vollkommen gesund aussehend, klagte sie beständig über Müdigkeit, Athemnoth u. dgl. m. namentlich um die Zeit der jedesmaligen Menstruation, welche einen dysmenorrhoischen Charakter angenommen hatte. Nach einem heftigen Schrecken stellte sich in ihrem 18. Lebensjahre ein heftiger Lachkrampf ein, welcher sich jeden Monat drei- bis viermal, aber stets nach bestimmten Veranlassungen, wiederholte und erst drei Jahre später, nachdem sie Gattin und Mutter geworden, sich wieder vollkommen verloren hatte. Auch die Dysmenorrhoe war gewichen und nur eine leichtgradige Hyperästhesie zurückgeblieben. Zwei Jahre später ging ein zweiter Sprössling aus der glücklichen Ehe hervor unter relativ günstigen Bedingungen. Das normal abgelaufene Puerperium vermochte aber nicht den Rest der noch vorhandenen Hyperästhesie zu beseitigen, im Gegentheile nahm dieselbe immer mehr zu, die Kranke sah auch mehr blass aus und litt wieder häufig an ihren neuralgischen Kopfschmerzen und Schwächeanfällen; die katamenialen Erscheinungen aber waren normal. — Als Patientin 27 Jahre alt war, wurde sie bei einem stärkeren Schwächeanfall, unmittelbar vor Eintritt der menstrualen Blutung, vollständig amaurotisch, welcher Zustand eine Stunde lang andauerte und sie wie die Umgebung in grössten Schrecken versetzte, aber mit vollständiger Wiederherstellung des Gesichts endete. Dieser Zustand, auf den wir bei einer anderen Gelegenheit noch näher zu sprechen kommen werden, wiederholte sich nachher noch ein paar Mal, seit zwei Jahren jedoch nicht mehr. — In ihrem 30. Lebensjahre hatte die gemüthvolle Frau moralisch unendlich viel durchzumachen und konnte der beständigen Aufregung nicht los werden. Dadurch nahm die psychische Reizbarkeit noch

*) Thom. Hodgkin. On nigthmare the action of Anaesthetics. Brit. Med. Journ. Mai 1864.

mehr zu, die Migraine wiederholte sich häufiger und die vorher auf ein minimum reducirten Schwächeanfälle — sie bestanden in nervösem Schwindel, in der Unmöglichkeit zu stehen oder zu gehen — belästigten die Kranke wieder sehr oft. Endlich stellten sich bei Gelegenheit einer heftigen Migraine die Erscheinungen der Katalepsie ein. Diese dauerte in ihrem ersten Anfalle ungefähr eine Stunde, wie mir erzählt wurde. Die Anfälle wiederholten sich seither viermal und zeigten stets eine längere Dauer. Der letzte Anfall — Anfangs März 1868 — dauerte neun Stunden. Da ich Gelegenheit hatte, denselben von Anfang bis zu Ende zu beobachten, so will ich seine nähere Beschreibung hier folgen lassen:

Nachdem Patientin durch Erkältung einen heftigen Bronchialkatarrh sich zugezogen hatte, welcher ein paar Tage mit leichtem Fieber, Eingenommenheit des Kopfes, Beengung auf der Brust, mangelhaftem Appetit gedauert hatte und im Weichen begriffen war, fühlte sie die gewohnten Vorboten ihrer Migraine und legte sich desshalb zu Bette. Zufällig an diesem stehend, sah ich sie mit einem Male ganz blass werden, die Augen waren halb offen und starr, das Gesicht wurde allmählig decomponirt, der Mund war halb geöffnet, der gestreckte Rumpf, die Extremitäten bewegungslos und steif. Der linke Arm war wie gewöhnlich, wenn Patientin ruhig schlief, über den Kopf gebogen, der rechte zur Seite und über dem Thorax liegend; die Haut kalt und trocken, Respirationsbewegungen nicht sichtbar, Athmungsgeräusche bei der Auscultation kaum hörbar; der Puls, welcher kurz vor dem Anfalle 78 Schläge hatte, wurde immer schwächer, so dass derselbe nur mit Mühe gefühlt werden konnte; er betrug während der ganzen Dauer des Anfalles 96 Schläge; die Herztöne kaum hörbar. Laute Rufe in's Ohr blieben ohne Reaction; die etwas dilatirte Pupille reagirte nur sehr schwach auf Lichtreize. Waschungen der Stirne und des Gesichts mit verdünntem Essig, Eau de Cologne bewirkten kein Lebenszeichen, ebensowenig Essigäther an die Nase gebracht. Die passive Bewegung der Glieder erforderte in den ersten vier Stunden des Anfalls eine grössere Kraftanstrengung als gegen das Ende desselben; sie behielten die Lage, in welche ich sie brachte, bei. Leider verboten mir äussere Rücksichten eine forcirte Bewegung des Rumpfes und weitere Prüfungen. Nachdem der Anfall von 8 Uhr Morgens bis $1^1/_2$ Mittags ohne Unterbrechung angedauert hatte, fühlte ich den Puls sich etwas heben, die Kranke war weniger starr, ihre Extremitäten liessen sich leichter bewegen, auf stärkeres Rufen folgte eine kleine Bewegung des Kopfes oder ein undeutliches Wort, sie bewegte die Augen und blickte um sich; darauf wurde sie wieder starr; ungefähr 5 oder 10 Minuten nachher kam sie ganz zu

sieh, gähnte mehrmals und machte eine oder zwei tiefe Inspirationen, zog die Beine an und bewegte die Arme und den Rumpf; das entstellte Gesicht gewann allmählig wieder seinen gewöhnlichen Ausdruck; der halb geöffnete Mund wurde geschlossen; sie fühlte sieh sehwach, wusste nieht, was mit ihr vorgegangen, nahm auf Zureden etwas Wasser zu sich; kaum aber hatte sie getrunken und sieh wieder zurückgelegt, als sie nach einer Pause von etwa 5 Minuten in den früheren Zustand verfiel und darin bis 5 Uhr Nachmittags ohne Unterbrechung verblieb. Der Anfall endete in ähnlieher Weise, wie um $1^1/_2$ Uhr; die Kranke fühlte sieh sehr müde, nahm etwas sehwarzen Thee, sehlief naeh einiger Zeit über eine Stunde ganz ruhig, wodurch sie sich wesentlieh erholte, bald darauf aufstund und im Zimmer umherging. Abends 8 Uhr fand ieh den Puls, welcher kurz naeh dem Ende des Anfalles noch an 90 Schläge hatte, wieder normal; Die Patientin ist seither von jedem derartigen Anfalle versehont geblieben.

Der vierte Fall von hysteriseher Katalepsie betrifft ein 38jähriges Fräulein, welches ich bis vor drei Jahren behandelte. Sie stammt von schwächlichen Eltern ab, litt in ihrer Jugend an Scrophulose und ist körperlieh in der Entwickelung zurückgeblieben im Gegensatze zu ihrer hervorragenden geistigen Ausbildung. Im 12. Lebensjahre leitete sich bei ihr die Periode ein, welehe zwar schwaeh, aber ohne Sehmerz und in vierwöchentlichen Zwischenräumen 8 Jahre lang sich wiederholte. Hierauf trat vollständige, mehrere Monate anhaltende Amenorrhöe mit heftigem Stechen in der Brust, Brennen und schneidende Sehmerzen im Leibe ein, später in ihrem 21. Lebensjahre Retensio urinae und 10—15 Tage dauernde Stuhlverstopfung sowie Appetitmangel und allgemeine Schwäehe, so dass Patientin fast drei Monate das Bett nicht verlassen konnte. Dieser Zustand wiederholte sich von nun an bis jetzt beinahe jedes Jahr und endete stets mit der Erholung der Kranken, welche dann wieder in Gesellsehaft gehen und ihre gewöhnlichen Besehäftigungen, wenn auch mehr minder hyperästhetisch, verrichten konnte.

Seit mehreren Jahren stellte sich auch bei ihr Katalepsie ein, welche in den ersten Jahren nur ein- oder zweimal sich zeigte, seit den letzten zwei Monaten aber sehon 10mal aufgetreten ist. Die kürzeste Dauer eines solchen Anfalles war 2, die längste 5 Stunden. Nachdem Patientin wegen allgemeiner Schwäche 8 oder 14 Tage zu Bett gelegen, empfand sie, wie sie angibt, zuerst ein Spannen und Ausdehnen des Leibes mit Stuhlzwang, dann stellte sich der Globus hystericus ein und nun wurde es ihr übel und sehwindlig, sie fühlte ein ganz anderes Sein und hörte ein furehtbares Geräusch, als ob ein

Gebirgsbach an ihr vorüberrauschte oder oft auch, als ob mehrere Hunderte von Menschen mit einander sprächen. Unter diesen Erscheinungen verlor sie das Bewusstsein vollständig, wurde kalt und steif am ganzen Körper und ihre Augen schlossen sich vollständig. Nachdem dieser Zustand, von dem sie nichts weiss, eine halbe oder ganze Stunde gedauert hat, stellt sich das Bewusstsein wieder ein, sie hört nun die nächste Stunde oder $1^1/_2$ Stunden alles, was gesprochen wird, ohne dass sie die Möglichkeit oder das Bedürfniss fühlt, zu sprechen oder irgend welche Bewegung zu machen; die Empfindung blieb dabei vollkommen aufgehoben. So wurden ihr Senfteige gesetzt, ohne dass sie wusste wo; sie bekam heisse Tücher auf den Leib, ohne dass sie den Umschlag oder irgend ein Wärmegefühl dabei empfand, obwohl sie die Umgebung sagen hörte, dass die Umschläge noch viel zu heiss seien. Ich fand auch durchaus keine Reaction, gleichviel ob ich Eis auf die verschiedenen Körperstellen legte oder ob ich letztere mit Nadelstichen traetirte oder ob ich Stückchen Salz in den Mund gab. Wenn aber nach 2—3stündiger Dauer der kataleptische Anfall nachliess, war das Erste, was sie wahrnahm eine Temperaturzunahme des Körpers und die Möglichkeit, die Augen vorerst halb öffnen und die Extremitäten, zuerst die Finger leicht bewegen zu können. Von diesen Momenten bis zur vollkommenen Herstellung der gestörten Motilität vergeht in der Regel noch eine halbe oder ganze Stunde, während welcher Zeit sie nur leise sprechen, die Augen nur halb öffnen und höchstens einen Schluck Wasser zu sich nehmen kann. Man könnte diesen Fall wohl zu denjenigen rechnen, welche die Engländer als unvollkommene Katalepsie bei ungestörtem Bewusstsein bezeichnen.

Von allen Mitteln, welche bei dieser Kranken gegen den Anfall angewendet wurden, waren die auf Brust und Unterleib gelegten stark erwärmten Tücher das beste und kürzten den Anfall ab.

Eine weitere Art der Motilitätsstörungen stellen die hysterischen Paralysen dar, welche ähnlich wie die Anästhesie neben Hyperästhesie gleichzeitig mit hysterischen Krämpfen auftreten. Als charakteristische Erscheinungen dieser Lähmungen giebt Duchènne*) an, dass bei denselben die electromuskuläre Contractilität sich normal verhalte, während die electromuskuläre und — cutane Sensibilität namhaft herabgesetzt oder vollständig aufgehoben sei. Dadurch unterscheidet sich die hysterische Paraplegie von der spinalen, bei welch letzterer die electrocutane Sensibilität kaum vermindert, die electromuskuläre Contractilität

*) Arch. gen. Jan. 1850.

und Sensibilität sehr vermindert oder ganz aufgehoben ist. Nach dem oben angegebenen Verhalten der gelähmten Theile bei Hysterischen unterliegt es keinem Zweifel, dass der Ursprung der Lähmungen ein centraler ist und vorzüglich durch Mangel des Willenseinflusses bedingt wird. Sehr zweifelhaft aber muss es erscheinen, dass, wie Valentiner und andere neuere Autoren annehmen, leichtere sich schnell wieder ausgleichende Ernährungsstörungen der Nerven den Lähmungen als Grundlage dienen. Ebensowenig können wir uns mit der Theorie von Landouzy befreunden, nach welcher eine Veränderung oder Verlust des sogenannten Nervenfluidums die materielle Grundlage für die in Rede stehenden Motilitätsanomalien abgeben soll. Wenn wir bei bedeutenden Congestivzuständen des Kopfes, wie wir sie bei schweren fieberhaften Krankheiten z. B. Typhus, acuten Exanthemen beobachten und anderseits bei hochgradig anämischen Reconvalescenten von schweren Krankheiten, dann bei mit Carcinom, Tuberculose behafteten Kranken sehr häufig keine Spur von Lähmung finden, wo wir doch die Nervensubstanz hyperämisch beziehungsweise anämisch wissen, so ist es sehr schwer, hier wo wir keines dieser Beiden als in hohem Grade vorhanden constatiren können, so bedeutende materielle Veränderungen anzunehmen, dass dadurch die gedachten Functionsstörungen bewirkt werden könnten. Dazu kommt noch, dass wir bei vielen Fällen von hysterischen Lähmungen den mangelhaften Willenseinfluss als Ursache derselben nachweisen können und dass wir nicht selten sowohl ein plötzliches Entstehen als auch ein plötzliches Aufhören der Convulsionen wie der Lähmungen beobachten können. Seanzoni, welcher über die wichtigsten Erscheinungen der Hysterie wohl unter allen Gynäkologen die meisten bezüglichen Fälle aufgezeichnet und wissenschaftlich verwerthet hat, sagt in seinen klinischen Vorträgen pag. 347, er habe 17mal lokale d. h. auf einzelne willkürliche Muskel oder Muskelgruppen beschränkte Paralysen an Hysterischen beobachtet, wobei die Lähmung eine nur kurz (5 Minuten bis 4 Stunden) dauernde war.

Benedikt (Wiener Wochenschrift 1868) sagt: „Ein nur bei Hysterie vorkommendes Symptom sind jene allgemeinen Paresen, welche vorübergehend und häufig mehrfach innerhalb eines Tags auftreten. Die Kranken haben plötzlich das Gefühl als ob sie in die Knice sinken müssten; sie können die Arme nur mit grosser Anstrengung heben und dabei tritt entweder Beklemmung, Schwindel oder Formication etc. auf.“ Aus diesen Gründen müssen wir uns vollkommen zur Ansehauung von Brodie, Watson, Sky, Hasse u. A. bekennen, nach welchen der Mangel des Willenseinflusses als Ursache der Bewegungsunfähigkeit be-

zeichnet wird. Wie oft treffen wir nicht kräftig aussehende, muskulöse Kranke im Bette oder auf dem Divan an, Abgeschlagenheit, Müdigkeit oder gänzliche Unfähigkeit zur Bewegung fühlend oder vorgebend! Solche Individuen schlafen mehr als sie leben. Sie können durch mangelhafte Willensenergie und durch Bequemlichkeit und Trägheit so weit kommen, dass sie sich später wirklich für unfähig halten, auch nur kurze Strecken zu promeniren oder vom Stuhl oder Bett sich zu erheben, obwohl sie die Kraft besitzen, mit Gesunden in die Wette zu gehen, wie wir es bei plötzlichen energischen Einwirkungen auf dieselben sehen. Sehr interressante Fälle finden wir besonders von englischen Aerzten, wie Brodie, Watson, Sky u. A. veröffentlicht. Sky erzählt einen Fall von einem jungen Mädchen, welches viele Wochen unbeweglich im Bette lag und zur Hochzeitsfeier einer Freundin geladen, gegen das ausdrückliche ärztliche Verbot plötzlich aus dem Bette sprang zur Hochzeit fuhr und dort sogar tanzte.

Watson führt unter anderen einen Fall an, der darthut, wie ein renommirter Arzt Hysterischen gegenüber auftreten kann und welchen Erfolg die moralische Einwirkung zuweilen hat. Eine junge Lady, den höheren Ständen angehörig, lag seit langer Zeit unbeweglich auf dem Rücken. Der Hausarzt hatte diese Lage angeordnet, da er ein Rückenmarksleiden diagnosticirt hatte. Schliesslich verlor sie alle Kraft über die Beine; sie wurde trotz ihres Rückenmarksleidens fett, denn sie hatte grossen Appetit und verschlang eine unglaubliche Anzahl von Hühnern. Endlich wurde Sir Benjamin Brodie gerufen, und Sir Benjamin verstand sich auf solche Fälle. Er verlangte sofort, dass sie zu gehen versuche; mit wahrem Horror erklärte jedoch die Patientin, dass jeder Versuch dazu sie tödten würde. Rasch entschlossen hob er sie aus dem Bette und stellte sie auf den Boden und siehe da! sie stand und konnte in wenigen Tagen ganz gut herumgehen. Sie war dem Urtheil und der Entschlossenheit des Arztes sehr dankbar. „Ein Arzt von weniger Renommée würde durch solches Vorgehen wahrscheinlich gefehlt haben," schliesst Watson, und ich muss ihm beipflichten.

Bei Hysterie kommen Contracturen der verschiedensten Art vor, einmal unter dem Bilde, wie bei Cerebritis, ein anderes Mal partiell um hyperästhetische Gelenke und endlich als die schlimmste Art, wie bei spinalen Affectionen, als Streck- und Beugekontractur. Letztere, die spinale Form der hysterischen Contracturen, hat gemeinhin eine schlimme Prognose und hat man, da diese Kranken sehr lange leben, charakteristischer Weise bei der Nekroscopie nicht eine Erkrankung der vorderen Stränge und der vorderen Hörner, sondern

eine solche der Seitenstränge gefunden, welche letztere dort vorzugsweise Leiter der regulirenden Hilfsinnervation sein dürften. (Benedict, Charcot).

Vor mehreren Jahren hatte ich eine 32jährige geistreiche Französin, anscheinend gesund und kräftig, in Behandlung; dieselbe hatte vor ungefähr $1^1/_2$ Jahren ihren Mann durch ein Unglück verloren und litt von jeher an hochgradiger psychischer Hyperästhesie, (ihre Mutter starb als Irre). Sie war tief verstimmt, aufgeregt und lag beständig auf dem Sopha oder im Bett, weil sie glaubte, nicht gehen zu können, und klagte anhaltend über Kopfweh und Rückenschmerzen sowie über allgemeine Schwäche des Körpers. So gerne sie ärztlichen Rath annahm, so willig sie den ärztlichen Ordinationen folgte, so war sie doch nur schwer zu bewegen, auszufahren — denn gehen konnte sie absolut nicht — und kam dann nach einer halben Stunde wieder zurück. Da ich eine fortwährende Zunahme der melancholischen Stimmung wahrnahm und den Uebergang in eine wirkliche Psychose fürchtete, hielt ich es für nothwendig, die Kranke unter ganz veränderte Lebensbedingungen zu bringen und schickte sie desshalb in eine anmuthige Gebirgsgegend mit passender Begleitung, welche es verstand, sie psychisch zu behandeln. Die Kranke musste zum Wagen, der sie von ihrer Wohnung zur Eisenbahn fuhr, getragen werden, weil sie absolut nicht gehen konnte. Schon am 2. Tage ihres Landaufenthaltes war sie im Stande eine Stunde zu gehen und machte nach 8 Tagen, wie sie mit Freude erzählte, Fusstouren von 4 bis 6 Stunden in einem Tage; auch die Erscheinungen der Hyperästhesie verloren sich beinahe gänzlich, so dass Patientin schon nach 3wöchentlicher Abwesenheit glücklich zurückkehrte und sich seitdem ganz wohl fühlte.

Die hysterischen Lähmungen kommen im Allgemeinen selten vor, namentlich im Vergleiche mit der Häufigkeit des Auftretens hysterischer Krämpfe. Sie stellen sich gerne nach diesen ein, können aber auch ohne diese und neben diesen vorhanden sein. Verhältnissmässig häufig werden folgende Paralysen beobachtet: Die Aphonie, Ptosis, Amaurose, Lähmung der Geruchs- und Geschmacks-Nerven sowie des Acusticus, Paralyse einiger Darmabschnitte, endlich Lähmungen einzelner Parthien des Rumpfes und einzelner oder sämmtlicher Extremitäten und der Harnblase.

Einige der angeführten Paralysen verdienen eine nähere Erörterung. Am häufigsten beobachten wir wohl einen subparalytischen Zustand der Darmmusculatur, in Folge dessen einerseits die hartnäckigen bisweilen 10—15 Tage und darüber anhaltenden Obstipationen sich machen, anderseits die Disposition zu meteoristischer

Auftreibung des Unterleibes gegeben ist. (Ich erinnere an den weiter oben bei den spasmodischen Contractionen „sogenannter Unruhe in den Beinen“ erzählten Fall). Der Meteorismus Hysterischer ist eine gewöhnliche, bisweilen plötzlich entstehende und plötzlich weichende, peinliche Erscheinung, welche nicht bloss durch eine an sich unangenehme Volumenzunahme des Unterleibes mit Bezug auf Kleidung und Gehen die Kranken molestirt, sondern durch Hinaufdrängen des Zwerchfelles die Lungen comprimirt und dadurch eine peinigende Athemnoth, in seltenen Fällen sogar in dem Grade hervorruft, dass die Betroffenen beständig im Bett oder auf dem Sopha sitzend mit Luftmangel und Angstgefühl kämpfen, einen kleinen Puls haben, zu sterben fürchten und moralisch wie körperlich entkräftet werden. Es scheint mir nicht wahrscheinlich, dass die oft so plötzlich erfolgenden Gasansammlungen im Magen und in den Gedärmen, wie einige berühmte Autoren (Niemeyer) annehmen, durch Verschlucken von Luft entstehen; viel mehr für sich hat die Annahme Hasse's und Anderer, nach welcher die Gasentwicklung durch eine in Folge von Nerveneinwirkung veränderte Zersetzungsweise des Darminhaltes bewirkt wird, während beim Verschwinden der Gase ohne Ructus und Flatus eine Absorption derselben angenommen werden muss.

Die hysterische Aphonie wird ziemlich häufig beobachtet und wahrscheinlich durch Erschlaffung der Stimmbänder hervorgerufen. Bald finden wir völlige Stimmlosigkeit, bald tiefe Heiserkeit. Ein heftiger Schrecken, eine grosse Aufregung, eine körperliche oder geistige Uebermüdung, starkes Schreien oder Singen machen oft mit einem Male die Stimme verfallen, welche entweder nach einigen Minuten, Stunden oder Tagen wiederkehrt oder aber erst nach Wochen, Monaten, Jahren sich wieder einstellt.

Vor mehreren Jahren übernahm ich eine 28jährige, kinderlose Dame, die Frau eines höheren Beamten, in ärztliche Behandlung, von welcher sich folgende, in mehrfacher Beziehung interressante Krankengeschichte zusammenfassen lässt:

N. N. litt von ihrem 5. bis 10. Lebensjahre beinahe stets über den andern Tag an kolikartigen Unterleibsschmerzen, welche sich immer eine halbe oder ganze Stunde vor der Stuhlentleerung einstellten und mit der Vollziehung derselben ihr Ende erreichten. Im Alter von 12 Jahren traten die ersten Symptome von Chlorose bei ihr auf, welche bald zu- und bald abnahmen, bisweilen sogar auf mehrere Monate scheinbar gewichen, aber bis zur Stunde noch nicht vollständig beseitigt sind. Die Katamenien zeigten sich, wie dies in unserem Clima durchschnittlich der Fall ist, im 15. Lebensjahre zum ersten Male, ohne irgend welche Beschwerden und wiederholten sich

von da an alle 4 Wochen, aber sehr schwach und meist bloss einen oder zwei Tage dauernd; sie setzten in den späteren Jahren hie und da ein paar Monate aus und blieben immer schwach bis vor einem Jahre, wo Patientin eine Zunahme derselben wahrnahm, welche seitdem anhält. Die Verheirathung der Kranken im 20. Jahre ihres Alters übte weder auf die Periode — sie hat nie concipirt — noch auf ihre krankhaften Zustände einen wesentlichen Einfluss aus. Am meisten hatte Patientin zwischen dem 17. und 21. Lebensjahre zu leiden. In dieser Zeit wurde sie oft Monate lang von Uebelkeit, Erbrechen und hochgradiger Schwäche geplagt, so dass sie sehr häufig vor 12 oder 1 Uhr Mittag das Bett nicht verlassen konnte; dann verfiel sie von Zeit zu Zeit in einen tiefen Schlaf, aus welchem sie nur mit Mühe geweckt werden konnte. Wenn der Hausarzt bei dieser Gelegenheit an ihr Bett kam, so wurde sie darüber sehr aufgeregt, er war ihr verhasst, obwohl sie in gesunden Tagen durchaus nicht gegen ihn eingenommen war. Es war ihr nicht genug, dass derselbe ihr Zimmer verliess, sie wusste es auch, wenn er im Vorzimmer war, ja sie konnte mit Bestimmtheit constatiren, dass derselbe zwar ihre Wohnung verlassen, aber noch auf der Stiege sich befand, so dass ihre Aufregung, Herzklopfen und Schwächegefühl erst dann sich verloren, wenn der Doctor das Haus verlassen hatte. Wie sie diese thatsächlichen Verhältnisse bestimmen konnte, weiss sie nicht anzugeben, da diese Art Hellseherei ihr auch nach dem Erwachen nicht zum Bewusstsein kam und nur von der Umgebung constatirt wurde. Charakter und Bildungsgrad ihrer Mutter, welche häufig bei ihr war und die Anfälle mit beobachtete, bürgen für die Wahrheit der gemachten Angaben. Mit 17 Jahren stellte sich auch häufig ein trockener, bellender Husten ein, welcher später in einen krampfhaften, wie Patientin angibt, keuchhustenartigen ausartete und nach mehrmonatlicher Dauer eine heisere, schwache, zeitweilig ganz versagende Stimme zur Folge hatte. Nach $1^1/_2$jähriger Dauer dieses Zustandes wurde die Kranke ein halbes Jahr lang vollständig aphonisch. Dass gegen die Leibschmerzen, gegen die Bleichsucht und die leichteren Grade von somnambülen Zuständen, endlich gegen die zuletzt angegebenen Erscheinungen des Krampfhustens und der Aphonie ärztliche Hülfe gesucht wurde, brauche ich wohl nicht zu erwähnen, da die Kranke die Tochter einer sehr ängstlichen, ebenfalls nervösen Mutter war, welch' letztere praktischen Verstand genug hat, für die Ihrigen in bester Weise zu sorgen; ja ich muss hier constatiren, dass bei der langen Dauer der Krankheit viele Aerzte consultirt wurden. Wegen des Hustens und der Aphonie wurde sie in's Bad Kreuth geschickt. Es war eben ein herrliches Wetter, welches den Aufenthalt

in dieser wundervollen Gegend für Lungenkranke so nutzbringend macht, und das jugendliche, geistig sehr entwickelte Fräulein wandelte, als Ersatzmittel für die mangelnde Stimme ein Pfeifchen bei sich tragend, fleissig in den dortigen aromatischen Wäldern herum, nahm ausser den Molken nur Bouillon und Compot und sah sehr bald besser aus. Der Körper wurde voller und kräftiger, und in die vorher bleichen Wangen drang allmählig ein bleibender Blutstrom; der Husten wurde indess nur unbedeutend besser und die Stimmlosigkeit hielt Stand. Patientin drückte oft ihr Verlangen nach dem Gebrauche eines kalten Bades aus, was aber der Arzt stets verweigerte. Sie fuhr eines Tages von dem Bade Kreuth aus nach dem reizenden Achenthal und wer von uns den Achensee kennt, wird sich wundern, wenn unsere sprachlose Touristin auf einen Zettel Papier einem dort zufällig anwesenden Arzt die Frage schrieb: „Riskire ich denn viel, wenn ich in diesem See bade?“ „Es kann soweit nicht gefehlt sein!“ war die Antwort, „aber nur unter Aufsicht baden.“ Es geschah — und trotz der gemeinhin sehr niederen Temperatur dieses See's war der Husten nachher viel weniger, die mit Unruhe ersehnte Stimme kam, wenn auch schwach und nicht lange dauernd, wieder, so dass das Bad noch einige Male wiederholt wurde und schliesslich mehr genützt hatte, als die vierwöchentliche Cur in Kreuth.

Nach Hause zurückgekehrt, verlor sich sehr bald der Appetit und die rothen Wangen, die Stimme verfiel wieder ganz und der Husten wurde heftiger, selbst schon nach geringen Aufregungen, Schrecken oder Schmerzen oder bei gewöhnlichen Geräuschen (Schellen an der Wohnungsglocke, Anklopfen an der Thür ihres Zimmers u. s. f.). Je nach der Grösse der Aufregung blieb die Stimme ein Paar Stunden oder einen ganzen Tag aus. Die Erscheinungen der Bleichsucht traten ausserdem wieder mehr in den Vordergrund; sie klagte viel über Herzklopfen, kalte Hände und Füsse und wurde daher 3 Jahre nach ihrem Aufenthalte in Kreuth, also mit 22 Jahren nach Steben geschickt und dies um so mehr, als sie nach zweijähriger Ehe noch kinderlos war. Dieses für so Viele heilbringende Stahlbad nützte aber der Kranken noch weniger als Kreuth, da sie sich dort zwar körperlich etwas stärkte, aber der Husten noch heftiger und die Stimmlosigkeit häufiger und anhaltender wurde. Von nun an sah sie stets bleich aus und gesellte sich ein Zustand von täglichem, mehrstündigen Uebelsein mit Brechreiz und Erbrechen von schleimigen Massen, Schmerzen im ganzen Unterleibe, Klopfen im Magen dazu, welcher die Unglückliche über ein halbes Jahr peinigte. Für das nächste Jahr wurde Ems ordinirt, wo sie 6 Wochen die Kur gebrauchte. Der Husten besserte sich dort, die Stimme aber nicht. Ein Jahr darauf,

also mit 25 Jahren, kam Patientin in meine ärztliche Behandlung und will ich nun in Kürze den Zustand schildern, in welchem ich sie übernahm.

Sie war eine schmächtige Blondine, bleich aussehend, ihre Stimme war schwach und heiser und versagte plötzlich bei Aufregungen oder im Eifer des Gespräches. Nach stärkeren psychischen Affecten trat vollständige Aphonie ein, welche Stunden, oft Tage lang dauerte. Es traf sich zuweilen, dass ich Patientin im vollen Besitze ihrer Stimme fand, und während der Conversation mit ihr merkte ich, dass die Stimme schwächer wurde und sich schliesslich ganz verlor. Ihre Verdauung war sehr unregelmässig. Bald hatte sie den grössten Appetit und vertrug die schwerstverdaulichen Speisen, bald fehlte ihr derselbe ganz oder zum Theile, und sie klagte dann über Cardialgie, über Uebelsein und Erbrechen von Schleim, zuweilen auch des Frühstückes. Unterleib nicht aufgetrieben, Stuhl meist angehalten; mehr minder heftige, kolikartige Unterleibsschmerzen und ein Ziehen in den beiden Leistengegenden stellten sich nicht selten ein. Die Kranke war somatisch hyperästhetisch; sie besass eine grosse Willenskraft und kämpfte gegen die unangenehmen Eindrücke ihres Leidens mit aller Energie an. Wenn aber die krankhaften körperlichen Zustände durch ihre Intensität eine ausserordentliche Pression auf die Psyche ausübten, fand man sie tief verstimmt, jede Gesellschaft meidend und häufig weinend. Der Husten war selten und nicht krampfhaft; die Periode, schwach und meist 1—2 Monate aussetzend, übte einen unverkennbar nachtheiligen Einfluss auf die Stimme aus. Das Wollustgefühl mangelte bei der Cohabitation vollständig. Die Kranke empfand lebhafte Schmerzen und fühlte sich nachher sehr geschwächt. Ihr Mann hatte dabei die Empfindung, als würde ein Körper den oberen, vorderen Theil der Vagina herabdrängen.

Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: Puls klein, regelmässig, nicht beschleunigt, Herzthätigkeit schwach, Herztöne rein, Herzdämpfung normal; die Lungen boten ausser schwachen Rasselgeräuschen an begrenzten Stellen kein antiphysiologisches Verhältniss dar. Im Rachen keine krankhafte Veränderung, Kehldeckel normal geröthet, nicht verdickt. Kehlkopf gegen äusseren Druck unempfindlich. Die äussere Untersuchung des Unterleibes ergab ebenfalls keine Abnormität; bei der inneren fand ich die Vaginalportion nach rückwärts stehend, gegen die Kreuzbeinaushöhlung gerichtet, den Uteruskörper und Grund der Symphyse zugewendet. Das Organ zeigt dabei keine wesentliche Vergrösserung und konnte durch die Einführung der Sonde momentan in seine normale Lage gebracht werden; leichtgradiger Uterin- und Vaginal-Katarrh.

Ich fasste die Heiserkeit und Aphonie als ein mit der Uterusaffection zusammenhängendes Leiden auf und suchte nun der Indicatio causalis durch mechanische Behandlung der Lageanomalie des Uterus einerseits und durch Beseitigung des Gebärmutter- und Scheidenkatarrhes andrerseits zu genügen. Dabei unterliess ich nicht, das Blut durch Stahl, innerlich genommen und in Form von Bädern angewendet, sowie durch roborirende Diät zu verbessern. Kaum hatte ich 3 Wochen örtlich behandelt, so wurde die Stimme widerstandsfähig und verfiel nur sehr selten mehr. Nach dreimonatlicher örtlicher Behandlung war die Lage des Uterus normal, die Absonderung vollständig geschwunden. Nach dieser Zeit stellte sich (es sind nun mehrere Jahre) nie mehr vollständige Aphonie ein und war auch Heiserkeit äusserst selten und dann nur unbedeutend vorhanden. Husten gänzlich vorüber; die geschlechtlichen Functionen geregelt, normales Wollustgefühl ohne Schmerz; ein Herabgedrängtsein des vorderen Fornix vaginae wird nicht mehr gefühlt. Menstruation regelmässig, aber schwach. Auch die Verdauungsbeschwerden, Uebelsein u. dgl. sind einem gesunden Appetit und einer guten Verdauung gewichen; Unterleibsschmerzen treten nicht mehr auf. Die Erscheinungen der Chlorose bestehen indess, wenn auch nur in ganz leichtem Grade noch fort.

Ferner finden wir zuweilen alle Erscheinungen einer wirklichen Dysphagia paralytiea (Schlinglähmung). Die genaueste pharyngoscopische Untersuchung und Sondirung des Oesophagus ergiebt in solchen Fällen ein negatives Resultat. Grosse Bissen werden geschluckt, kleine von weichen, sich rasch auflösenden Nahrungsmitteln gelangen zwar meistens noch in die Speiseröhre, bleiben aber dort wegen Mangel an peristaltischen Contractionen stecken und werden dann gewöhnlich bald durch Würgen und Erbrechen zu Tage befördert. Eine Verwechslung mit wirklicher Lähmung ist bei diesen Fällen deshalb nicht möglich, weil wir bei denselben noch anderweitige Motilitätsstörungen gerade entgegengesetzter Art entweder gleichzeitig oder im weiteren Verlaufe der Krankheit sowie Störungen der Sensibilität zugleich beobachten, mit anderen Worten, weil wir bei der Dysphagia paralytiea hysterica noch anderweitige, für die Hysterie als pathognomonisch geltende Erscheinungen vorfinden. Vor 3 Jahren nahm eine 40jährige gebildete Bürgersfrau wegen häufig und heftig auftretender Metrorrhagieen meine ärztliche Hilfe in Anspruch. Sie war in der Jugend gesund, wurde mit 15 Jahren zum ersten Male und dann fortwährend regelmässig menstruirt, heirathete mit 20 Jahren und gebar mit 21 und 25 Jahren ohne irgend welche Störung; auch das Puerperium verlief normal. Mit 28 Jahren machte sie indess

einen Abortus durch, bei welchem sie sich nicht pflegte und war, wie sie selbst annehmen zu müssen glaubte, durch denselben um ihre Gesundheit gekommen. Es stellte sich die bis dorthin regelmässig aufgetretene Periode alle 2 bis 3 Wochen und gewöhnlich in profuser Weise und mit Schmerzen ein, so dass Patientin mit jedem Monate schwächer wurde. Bei der Exploration zeigte sich der Uterus bedeutend vergrössert (mangelhaft zurückgebildet) und nach rückwärts flectirt. Die Empfindlichkeit der Sexualorgane war nicht gesteigert. Später kamen zu diesen Zuständen sehr bedeutende Schlingbeschwerden, welche in der Weise sich äusserten, dass die Kranke grosse Bissen von Fleisch, Schwarzbrod und Käse ganz gut schlucken konnte, während es ihr manchmal — namentlich nach stärkerer Aufregung — nicht gelang, Compots, Bonbons, Mehlspeisen in den Magen zu bringen; bei angewendetem Zwange gelang es ihr dann bisweilen, aber gewöhnlich kam es bald darauf zum Würgen und schliesslich zum Erbrechen des Genossenen. Sie verlor auch bisweilen das Augenlicht auf einige Secunden, bisweilen auf mehrere Minuten. Auch die Detonation ihrer Stimme fiel mir bei der Kranken auf; die Stimme wurde bald leiser und heiser, bald stärker und reiner. Endlich stellten sich bei ihr, wenn auch in grossen Intervallen und nur nach bestimmten Veranlassungen Lach- und Weinkrämpfe ein. Materielle Veränderungen für die eben angegebenen Krankheitserscheinungen konnten weder im Pharynx noch Larynx oder Oesophagus gefunden werden. Auch die ophthalmoscopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Nach mehrmonatlicher örtlicher und allgemeiner Behandlung liessen die hysterischen Krämpfe und lähmungsartigen Erscheinungen immer mehr nach, und die Kranke befindet sich seither so ziemlich gesund, namentlich hat sie die Schlingbeschwerden ganz verloren.

Eine weitere Form der hysterischen Lähmungen stellt die Amaurose dar. Sie ist gemeinhin selten. Die ophthalmoscopische Untersuchung entscheidet hier, ob man es mit einer Funktionsstörung mit nachweisbarer materieller Veränderung (Hyperaemie, Anaemie, Exsudate, Apoplexie) in der Retina zu thun hat, oder aber ob die Amaurose ohne materielle Grundlage d. h. als hysterisch auftritt. Arlt,*) eine anerkannte Grösse unter den praktischen Ophthalmologen, sagt: „Es liegen verlässige Beobachtungen von Amblyopie und Amaurose vor, wo man nicht im Stande war, anatomische Veränderungen in der Netzhaut, im Sehnerven, in den Centralorganen nachzuweisen und wo man eine solche Veränderung während des Lebens schon aus dem

*) Die Krankheiten des Auges. Prag 1856, Bd. III., pag. 169.

Grunde nicht supponiren konnte, weil die Sehstörung nur transitorisch auftrat oder weil die Beseitigung der Ursache in kurzer Zeit auch Beseitigung der Augen-Affection zur Folge hatte.“

Es handelt sich also bei der hysterischen Amaurose lediglich um eine Functionsstörung ohne nachweisbare anatomische Veränderung, auch gesunde Frauen werden in den ersten Monaten der Schwangerschaft und post puerperium in seltenen Fällen von Amaurose befallen.

Gewöhnlich dauert dieser peinigende Zustand nur einige Minuten, seltener Stunden, Woehen oder Monate. Die Dame, von welcher ich einen kataleptischen Anfall näher beschrieb, litt, wie ich schon damals angegeben habe, zugleich an transitorischer Amaurose. Diese stellte sich beim Auftreten sonstiger Nervenzufälle sechsmal innerhalb der letzten 2 Jahre ein und dauerte 4mal immer wenige Minuten, 1mal $^1/_2$ Stunde ein anderes Mal aber 1 Stunde. Das Sehvermögen war aber nach jedem Anfalle wieder vollkommen ungestört und sieht Patientin sonst ausserordentlich gut.

Ich habe namentlich in den letzten Jahren mehrere derartige Fälle vorübergehender Sehstörungen von einer Dauer von 1 bis 10 Minuten bei Hysterischen beobachtet ohne nachweisbare Veränderung in der Retina und unser berühmter Ophthalmologe Prof. Dr. Rothmund versicherte mir, dass er ebenfalls viele derartige Kranke ophthalmoskopisch untersucht habe, ohne irgend welche materielle Unterlage für diese Art transitorischer Blindheit zu finden; ferner stimmen auch seine Beobachtungen mit den meinigen darin überein, dass die Erscheinung des Schwachsehens — die Kranken glauben einen Flor vor den Augen zu haben, welcher bald dichter bald feiner erscheint — bei Hysterischen ausserordentlich häufig vorkommt. Dieser Zustand belästigt dieselben oft Monate, ja selbst Jahre lang, wenn auch bedeutende Remissionen und bisweilen vollständige Intermissionen sich einstellen. Tritt Heilung der übrigen hysterischen Erscheinungen ein, so bleibt auch eine solche der Sehstörung in der Regel nicht aus.

Aehnlich wie beim Opticus zeigen sich auch beim Acusticus physikalisch nicht nachweisbare Functionsstörungen, welche den Wechsel der Dauer, wie der Intensität mit jenen gemein haben. Die damit behafteten hysterischen Frauen klagen über ein mehr minder starkes, continuirliches Sausen in den Ohren, ähnlich jenem einer Meermuschel, welche man genau an das Ohr legt, und über erhebliche Schwerhörigkeit, wobei selbst durch die genaueste physikalische Untersuchung irgend welche Veränderung in den Gehörorganen nicht entdeckt werden konnte.

Mit wenigen Worten lassen sich die Störungen in den **trophischen** und **vasomotorischen Nerven** erledigen. Wie bei Chlorotischen finden wir auch bei Hysterischen eine ungleichmässige, häufig schwankende Blutvertheilung, gleichviel ob letztere eine chlorotische, anämische oder plethorische Constitution haben. Bleiche Wangen werden mit einem Male von einem Punkte ausgehend dunkelroth — sehr gern einseitig ein Ohr und eine Wange betreffend — mit dem Gefühle quälenden Brennens und nach einigen Minuten wieder bleich, welchen Wechsel man innerhalb einer Stunde 6—10 Mal beobachten kann; kaltes Schauern und Frösteln abwechselnd mit momentaner Hitze und Brennen — fliegende Hitze am ganzen Körper — heisse, trockene Hände, in anderen Fällen abwechselnd mit eisiger Kälte der Füsse, wogegen der sonst so vortreffliche Fusssack nichts hilft. Es ist ferner eine bekannte Thatsache, dass bei Hysterischen von Zeit zu Zeit sehr copiöser, heller Urin von geringem spezifischen Gewichte (Urina spastica, hysterica) namentlich bei heftigen Paroxismen, bisweilen auch vor dem Auftreten derselben, abgesondert wird, was die meisten Autoren aus Innervationsstörungen in den Wandungen der Nierengefässe (Congestionen zu den Nieren) sich erklären. Endlich dürfte die in manchen Fällen von Hysterie (ähnlich wie bei vielen Schwangeren) enorm vermehrte Speichelsecretion sowie die alterirte Secretion des Magensaftes durch die in Rede stehenden Innervationsstörungen hervorgerufen werden. In derselben Weise, wie die vermehrte Speichelsecretion Hysterischer, erklären wir uns auch die vermehrte Sekretion des Uterus und der Vagina; diese kommt aber nur höchst selten vor, ohne dass zugleich eine chronische Entzündung der Schleimhäute der betreffenden Organe derselben zu Grunde liegt. Und was Wunder, dass es so ist? Die meisten Hysterischen leiden nachgewiesener Maassen an Genitalübeln, welche die eben angegebenen Veränderungen des Uterus und der Vagina im Gefolge haben oder ausschliesslich darstellen. Aber es ist richtig, dass beim Uterus- und Vaginal-Katarrh die Absonderung durch Gemüthsaufregung auffallend vermehrt wird und deshalb müssen wir auch, abgesehen von unseren eigenen Beobachtungen darüber, die Schleimabsonderung des Uterus und der Vagina in einzelnen Fällen ausschliesslich von veränderter Nerventhätigkeit ableiten.

Verhalten der psychischen und cerebralen Thätigkeit.

Es ist geradezu unmöglich, ein erschöpfendes Bild der wechselnden psychischen Zustände einer hysterischen Kranken zu entwerfen. Hochgradige Erregbarkeit, Wandelbarkeit der Stimmung, plötzlicher unmo-

tivirter Umschlag in's Gegentheil, die Sucht Interesse zu erregen und dies mit allen erdenklichen Mitteln durchzusetzen, bedingen die Betheiligung des ganzen psychischen Lebens in den verschiedensten Formen und stellen die wesentlichen Contouren dar, aus denen die Unzahl der differenten psychischen Gemälde Hysterischer sich ausführen lassen. Wenn wir daher einerseits Zeichnungen finden, welche durch ihre monotone Eintörmigkeit das Auge ermüden, sehen wir andrerseits ein abschreckendes, buntes Durcheinander von unverträglichen Farben. Zum Theil ist es die somatische, zum Theil die psychische Hyperästhesie, welche den Gehörs- und Gesichts-Hallucinationen, den vielfachen Idiosynerasien, Capricen, abnormen Gelüsten, Bizarrerien, der trostlos düsteren oder übermüthig heiteren Stimmung, der mehr continuirlichen Angst und dem Schrecken zur Grundlage dient. Wie soll es da Wunder nehmen, wenn unter dem Einflusse einer krankhaft erhöhten Gemüthsstimmung erregende psychische Verhältnisse oder gesteigerte Sinneseindrücke abnorm aufgefasst werden?

Darin liegt die Quelle der inneren Unzufriedenheit, des grundlosen Widerwillens gegen die bestehenden Verhältnisse und gegen die Menschen überhaupt, gegen die Angehörigen insbesondere. Die gewöhnlichsten und unbedeutendsten Vorkommnisse verursachen die grösste Unruhe, ein kaum zweideutiges Wort, der Schatten einer ernsten Miene rufen in der gereizten Seele die tiefste Trauer oder die tiefste Entrüstung hervor. Solche Kranke stolpern, wie man im gewöhnlichen Leben sagt, über Strohhalme. Es ist einleuchtend, dass das längere Walten einer so anstrengenden psychischen Erregbarkeit und Erregung die anfänglich nur selten zu Tage tretende Collision mit der Umgebung immer mehr verschärft, so dass die Unglücklichen allmählig isolirt werden und sich isolirt fühlen. Von da an sehen sie dann das Gespenst ihres Leidens immer lebhafter vorschweben und wird ihnen ein unabweisbarer Begleiter. Sie sind höchst unglücklich, weil sie sich von den Menschen unterschätzt, zu wenig bemitleidet fühlen und ihren Krankheitszustand in höchst vergrössertem Maasstabe auffassen. Keine exquisit hysterische Frau mit wirklich schmerzhaften Symptomen giebt zu, dass es Menschen geben könne, welche noch schlechter daran sind, als sie. Es ist eine psychologische Consequenz, dass solche unglückliche, sich verlassen fühlende Kranke das verlorene Interesse oder das verweigerte Mitleid sich erzwingen wollen; es darf uns auch nicht überraschen, wenn sie zu diesem Zwecke ihre ganze Kraft und Routine daran setzen und wir ein, je nach dem Grade ihrer Bildung, nach der Grösse und Form ihres Leidens, sowie der Einwirkung ihrer Umgebung modificirtes psychisches

Verhalten und Treiben derselben finden. Absichtliche Uebertreibung der wirklichen Leiden spielt dabei die Hauptrolle; die Kranken leben sich auch in die eingebildeten Leiden so hinein, dass sie schliesslich selbst daran glauben, sie gehen sich der Sucht zu täuschen so sehr hin, dass ihnen die ärgsten Schmerzen, die ermüdendsten Anstrengungen und die empfindlichsten Entbehrungen nicht zu schwer erscheinen, wenn es sich darum handelt, Anderen zu imponiren und ihnen Interesse oder Bewunderung für ihre Person abzuringen. Es muss uns doch sehr auffallen, dass Leidende sich Nadeln in die Haut, in die Schleimhäute z. B. der Urethra, Vagina, des Rectum u. s. f. hineinstechen, dass sie den eigenen Körper schlagen und peitschen oder sich auf scharfkantige Körper legen. Die Hauptforce der religiösen Wunderfrauen liegt darin, durch die simulirte Entbehrung von Speise und Trank Tage, Wochen, selbst Monate lang sich über die Höhe der Menschen zu stellen, als von besonderer, unsichtbarer Macht begünstigt, zu erscheinen und dadurch zu glänzen.

Nicht ohne Interesse dürfte folgender Fall sein:

A. H., 18jähriges Bürgersmädchen, von schwächlichen Eltern stammend, — der Vater war ein Bluter und die Mutter im höchsten Grade hysterisch — war von Geburt an ein schwächliches und reizbares Kind. Es litt in den Kinderjahren häufig an Fraisen und war die spätere Erziehung eine höchst einseitige. Durch die Harthörigkeit der Eltern stets zu übermässigem Anstrengen der Stimme veranlasst, hat ihre Sprache etwas hartes, kreischendes, überlautes.

Die Katamenien traten bei ihr im 14. Lebensjahre ein und waren häufig von hysterischen Anfällen begleitet; sie wurde scheuer als früher, wollte mit Niemand umgehen, und ein frömmelnder Charakter trat sichtlich hervor. Ihre Mutter glaubte darin ihren Beruf zum Kloster zu erkennen und ihre Tochter wurde Novizin. Doch ehe sie den Schleier nahm, schlugen ihre Wünsche in das Gegentheil um; an Nymphomanie leidend, kehrte sie in das elterliche Haus zurück; sie begann ein von den Eltern nicht gebilligtes Liebesverhältniss mit einem um 2 Jahre jüngeren Manne und nachdem derselbe durchgegangen, reiste sie ihm nach und wurde, ohne ihn gefunden zu haben, nach wochenlangem Suchen in einer fernen Stadt endlich von ihrem Vater wieder aufgefunden. Durch ihr vergebliches Suchen nach dem Geliebten, durch Sorgen wegen der Rückkehr zu ihren Eltern und gänzlichen Mangel an Mitteln war Geist und Körper der Art zerrüttet, dass sie, bleich und abgehärmt, wie sie war, von ihrem Vater kaum erkannt wurde. Er überhäufte sie mit Vorwürfen und Schlägen und brachte sie nach einer höchst forcirten Reise nach Hause. Hier traten nun jene Anfälle zum ersten Male auf, welche Monate lang ihre Um-

gebung in Unruhe, Neugierde und Staunen versetzten. Jeden Vormittag Punkt $^1/_2$10 Uhr kam der Anfall, sie faltete die Hände über der Brust, verdrehte die Augen so vollständig, dass keine Iris mehr sichtbar war und erhob in horizontaler Lage den ganzen Körper, starr gestreckt und ohne Biegung der Extremitäten, ausschliesslich der Fersen vom Bette; letztere waren an die untere Bettwand angedrückt. In dieser halb schwebenden Stellung verharrte sie 1—2 Minuten lang, der Oberkörper wurde zuweilen $1^1|_2$ Fuss vom Bette erhoben. Sie war dabei vollkommen anästhetisch. Man konnte sie mit Nadeln stechen, man schob eine Feder in die Nasenlöcher, man hob ihre Augendeckel in die Höhe ohne irgend welche Reaction. Sie murmelte meistens unverständliche Laute, welche die Umgebung für eine fremde Sprache hielt; wenn man aber die Worte verstand, war es häufig der Name des Geliebten, als der eines Heiligen (welcher übrigens stadtbekannt das Gegentheil eines solchen war), oder sie bestimmte genau die Stunde ihres nächsten Anfalles, welcher dann auch stets richtig eintraf. Zuweilen bezeichnete sie Speisen oder Getränke, welche ihren Körper stärken würden. Brachte man sie ihr nach dem Anfalle, so wies sie dieselben zurück. Der Anfall, während welchem der Körper eine eisige Kälte hatte, der Puls kaum gefühlt werden konnte, dauerte Anfangs 5, später 8—10 Minuten; auch die Häufigkeit nahm sehr zu und traten schliesslich bei Tag und Nacht Anfälle auf. Ich muss das häufigere Auftreten derselben sehr dem Interesse zuschreiben, das die Umgebung für die Kranke nahm. Bei Tag und Nacht umstanden Neugierige ihr Bett und sie, wie besonders einige Patres aus dem benachbarten Kloster, schienen am meisten Einfluss auf das häufige Auftreten der Anfälle auszuüben. Von Einigen wurde sie als Somnambüle, von Anderen als Betrügerin betrachtet. Unter den Letzteren war ihr Vater, welcher eines Tages den Hausarzt kommen liess und von demselben den Bescheid erhielt, es sei zwar nicht pure Einbildung, jedoch sei der Einfluss der eigenen Willenskraft von grösster Bedeutung.

Aerztliche Wissbegierde trieb mich gleich manchem Collegen incognito an das Bett dieser Kranken. Ich fand sie zum Skelet abgemagert, die Hände gefaltet, ein geweihtes Amulet auf der Brust; ihr Auge war starr und unverwandt auf den Plafond gerichtet. Man bedeutete uns stille zu sein, denn jedesmal wenn sie die Hände falte, käme eine „Verzückung“. In der That verdrehte sie alsbald die Augen, der Oberkörper hob sich in der beschriebenen Weise und blieb in dieser, ich möchte sagen, physiologisch unerklärlichen Stellung, wie oben bemerkt, ungefähr 1—2 Minuten. Mit einem Schrei, einem heftigen Seufzer nicht unähnlich, sank sie dann auf die Kissen

zurück. Eine ihrer Freundinnen nahm sie dann bei der Hand, sie wendete das Gesicht zu uns und ihre gespensterhafte Blässe machte allmälig einer leichten Röthe Platz. Mit schwacher Stimme sagte sie, auf ihre Brust deutend: „Ach da drinnen ist es ganz hohl; mit einem Male kommt etwas hinein, steigt herauf und schnürt mir die Kehle zusammen und dann — steig' ich empor und weiss nichts mehr."

Von der Behandlung konnte ich nichts Näheres erfahren, doch wurde schliesslich die Radicalheilung durch einen Gewaltstreich des Vaters herbeigeführt, was die Aerzte nicht wenig überraschte. Nach Monate langer Behandlung Seitens der Aerzte ging dem Vater, einem Schreinermeister, endlich die Geduld aus; er kam mit einem Ochsenziemer bewaffnet in das Zimmer der Ekstatischen, jagte die Klosterherren, die Betschwestern und die übrigen Zuschauer zum Tempel hinaus und tractirte die Hellseherin mit tüchtigen Schlägen, befahl ihr mit scharfen Worten aufzustehen und zu arbeiten und siehe da! statt der gefürchteten Convulsionen und Krämpfe siegte die Furcht über die Krankheit, sie stand auf mit Thränen in den Augen zwar, aber sie konnte gehen und selbst arbeiten; da der Vater beifügte, dass er „das Mittel repetiren wolle, sobald die Einbildung wieder käme," blieb sie von dieser Zeit an vollständig von jedem derartigen Anfall befreit. Vor mehreren Jahren heirathete sie, und ist nun Mutter von mehreren Kindern. Hyperästhetisch ist sie zwar heute noch, allein ekstatische Anfälle traten nicht mehr auf.

Es ist bekannt, dass Hysterische in ihrem Täuschungstrieb den schmerzhaftesten Operationen sich unterziehen. Welcher Arzt kennt nicht den Fall Kruckenberg's, wo ein hysterisches Mädchen eine Hautwunde so lange mit scharfen Substanzen reizte, bis die Amputation nothwendig wurde und dann neuerdings dieselben Manipulationen an der in Heilung begriffenen Amputationswunde vornahm?

Ich selbst habe schon bei mehreren Hysterischen den Rücken mit Ferrum candens gebrannt, ohne dass die Kranken über Schmerzen klagten. Man wende nicht ein, dass die bei Hysterischen bekanntlich häufig vorkommende Anästhesie in diesem Falle den Kranken zu Gute komme. Die besprochenen Eingriffe können bei constatirtem, vollkommenen Mangel von Anästhesie der Haut, ohne Klagen der Kranken, vorgenommen werden.

Dieses Verhalten, welches zum grossen Theile auf massloser Uebersehätzung des eigenen Ich's beruht, entfremdet diese Unglücklichen stets mehr von Gewohnheiten, Sachen und Menschen, welche ihnen früher werth gewesen. Sie werden misanthropisch, eigensinnig, rücksichtslos gegen Jedermann, der sich ihnen nicht beugt, und bringen sich dadurch schliesslich um den Rest ihres geistigen Fonds.

Die hochgradige psychische Hyperästhesie gegen äussere Eindrücke ruft in ihnen eine beständige Aufregung und Unzufriedenheit und Wünsche hervor, welche die zunächst Betheiligten zum mindesten gleichgültig machen. Die dichtesten Vorhänge machen das Zimmer nicht dunkel genug, die ruhigste Wohnung ist zu geräuschvoll, die weitesten Räume sind zu eng und die Luft darin zu schwer, die zartesten Tapeten sind geschmacklos und der eleganteste Salon taugt nichts, weil das Haus ungünstig liegt, die Sonne zu früh kommt u. s. f. Ich kenne eine junge Jüdin, welche in einem sehr schönen, günstig gelegenen und prachtvoll eingerichteten Hause wohnt, aber ihren Mann fortwährend urgirt, aus seinem eigenen Hause auszuziehen, weil die Mängel der Wohnung, welche die Kranke natürlich nur allein begreift, sie nicht gesund werden lassen.

Nicht selten befällt die Hysterischen eine ausserordentliche Aengstlichkeit und Schreckhaftigkeit, so dass sie nicht allein schlafen können, ja dass sogar eine Vertrauensperson bei ihnen sein und ihnen am Bette die Hand Stunden lang halten muss. Früher die besten und zärtlichsten Mütter, können sie nun ihre Kinder nicht mehr um sich sehen und vernachlässigen sich selbst körperlich vollkommen. Sie liegen meist auf dem Sopha oder im Bette und werden allmählich ganz apathisch; nur sind sie noch stark in dem Punkte, wo sie schwach sein sollten, nämlich in der Opposition gegen jedes Bemühen, sie aus ihrem kläglichen Zustande herauszureissen. Vom mässigen Gefühle der Schläfrigkeit, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, verbunden mit der Erscheinung des häufigen Gähnens bis zum wirklichen Bedürfnisse im Bette zu liegen und wahrer Schlafsucht, finden wir alle Uebergänge. Letztere kommt selten vor und erscheint bald als Halbschlummer, bald als fester Schlaf, in welchem die Kranken Tage, Wochen, ja Monate hinbringen. Es ist ihnen jede Störung zuwider, so dass sie nur gezwungen die natürlichen Bedürfnisse erfüllen, sich sogar Klystiere geben, den Urin mit dem Katheter abnehmen lassen und nicht zur gewöhnlichen Tageszeit essen wollen. Die Respiration ist dabei meist verlangsamt und oft kaum auscultirbar, ebenso verhält es sich mit dem Pulse, der so langsam sein kann, dass ich ihn schon mehrmals bis zu 36 Schlägen in der Minute beobachtet habe. In seltenen Fällen haben wir die unangenehmsten Symptome des somnambülen Schlafes, der Katalepsie, welche aber in der Regel nur $^1/_2$—2 Stunden andauern, aber auch wie wir früher gehört haben, Tage lang sich halten können. Würde dieser Zustand continuirlich sein, so müssten sich wirkliche Psychosen entwickeln, aber es tritt sehr oft, mit oder ohne nachweisbare Veranlassung, ein momentaner Umschlag der psychischen Störungen ein.

Ein wichtiges und meines Wissens noch viel zu wenig gewürdigtes Symptom ist ferner die Gedächtnisschwäche, welche in höherem Grade beinahe bei allen längere Zeit an Hysterie Leidenden vorkommt. Sie kann so bedeutend werden, dass die Kranken eben Besprochenes nicht mehr wissen; dadurch sowie durch häufige Schreckbilder der Phantasie werden sie oft so ängstlich, dass sie beständig fürchten, ihren Verstand zu verlieren. Es sind dies, abgesehen von dem schon besprochenen Aufgehobensein des Bewusstseins während der Katalepsie und des somnambülen Schlafes in einigen Fällen, momentane Unterbrechungen der geistigen Thätigkeit ganz besonderer Art. Diese Erscheinung zeigt sich in der Weise, dass die Kranken während ihrer gewöhnlichen Beschäftigung mit einem Male eine Zeit lang nicht wissen, was sie thun, ohne dass dadurch in ihrer Thätigkeit eine Störung wahrgenommen werden könnte. So kenne ich eine Baronin in den dreissiger Jahren, welche seit mehreren Jahren an sehr ausgesprochenen hysterischen Erscheinungen, Wein- und Lachkrämpfen, allgemeiner Hyperästhesie u. s. f. litt und bisweilen nicht wusste, was mit ihr vorgeht, während die sie Beobachtenden nichts Auffallendes an ihr bemerkten. So begegnete es ihr häufig während des Briefschreibens am Abend, dass ihr plötzlich jene Empfindung fehlte, welche durch die mechanische Bewegung der Hand beim Schreiben entsteht und sie statt dessen stets das Gefühl hatte, als beschreibe die Feder fortwährend unbestimmte Kreise. Zugleich kam ihr der Inhalt des Geschriebenen keineswegs zum Bewusstsein. Wenn sie den Brief am nächsten Morgen durchlas, fand sie ihn schön und correct geschrieben. Dieselbe Dame hatte ferner schon mehrmals auf dem Heimwege von einem Spaziergange plötzlich das Bewusstsein verloren, so dass sie nicht wusste, auf welchen Wegen sie ging und doch sicher, gewissermassen instinctmässig nach Hause kam.

Ein anderer Fall betrifft eine Secretärswittwe im Alter von 54 Jahren, welche seit vielen Jahren an Hysterie leidet. Diese Frau bleibt oft während ihres Spazierganges, selbst in Gesellschaft, plötzlich wie angewurzelt stehen, schweigt oder spricht ungeordnete Worte vor sich hin, gibt auf Fragen keine Antwort, während sie unmittelbar vorher sich lebhaft mit der Umgebung unterhalten hat. Nach ein paar Minuten geht sie wieder weiter, fängt allmählig wieder an, laut und vernünftig zu sprechen. Sie weiss nichts von dem, was vorgefallen, und wenn sie darüber zu Rede gestellt wird, will sie nicht daran glauben.

Bekanntlich treten im Verlaufe der Hysterie, aber zum Glück sehr selten, bedenkliche psychische Störungen auf oder es geht die Hysterie in ausgesprochene Psychosen über. Mit anderen

Worten, es kommen einzelne Fälle vor, bei denen selbst der gewandteste Praktiker nicht entscheiden kann, ob Hysterie oder Irrsinn.

Guibout, einer der geachtetsten Pariser Aerzte, L'Union 130, 1865. pag. 205) und Morel (Ibid. 147. 1865. pag. 447) erzählen mehrere Fälle von hysterischem Irrsinn, bei welchem man in Zweifel sein kann, ob man es mit hysterischen Neurosen oder mit religiösem Wahnsinn zu thun habe. Sehr interessant ist ein Fall, welchen Guibout ebenfalls im Jahre 1865 in der Pariser Société de médecine mitgetheilt hat: „Ich war jüngst Zeuge hysterischer Anfälle, deren Symptome sich im Nerven- und Sinnes-Systeme manifestiren (dont les désordres se manifestaient sur le système nerveux et sensorial). Ich wurde plötzlich zu einem Restaurant gerufen, um einer jungen 19jährigen, eben erst vermählten Frau, die schön und kräftig war, Hülfe zu leisten. Sie war gerade, als sie vom Hochzeitsmahl aufstand, plötzlich von einem fieberhaften Delirium befallen worden. Eine Reihe von sinnlosen Gesten und ungeordneten Bewegungen folgten auf einander; man hatte sie vor meiner Ankunft fast ausgekleidet und in diesem primitiven Anzuge führte sie, als ich kam, anfallsweise die excentrischsten Tänze auf. Es sei sogleich bemerkt, dass diese junge Frau einer sehr respectablen Familie angehörte und von lauter wohlerzogenen, gebildeten Leuten umgeben war. Nach einem solchen Tanzanfalle lag sie wieder auf einem Divan ausgestreckt und sprach mit mir so, als ob sie mich schon lange kenne und in sehr vertrauten, fast zärtlichen Ausdrücken, wies dabei aber die Aufmerksamkeiten ihres Mannes immer von sich. Obschon sie weiter ganz wohl das Bewusstsein ihres unvollständigen Bekleidetseins hatte, so wollte sie doch auf den Ball gehen, glaubte sich in einem mit Blumen geschmückten Garten, wollte, dass man ihr Rosen pflücke und erhob sich plötzlich vom Divan, von Neuem einen wilden, zuchtlosen Tanz beginnend. Die Krisis schien endlich durch eine reiche Absonderung klaren Harns gegeben zu sein. Ich brachte sie mit Hülfe ihrer Schwiegermutter in ihre Wohnung; nun folgte dem Anfalle ein tiefer zweistündiger Schlaf. Als die junge Frau dann erwachte, verlangte sie angekleidet und auf ihre Hochzeit geführt zu werden. Dies geschah und da sie den Ball in vollem Zuge fand, nahm sie an demselben Theil, ohne dass seitdem irgend etwas mehr vorgefallen ist. Weitere Erkundigungen lehrten mich, dass in der Familie der Neuvermählten kein Fall von Geisteskrankheit bisher vorgekommen war, dass das junge Mädchen selbst nie einen hysterischen Anfall gehabt habe. Jedoch soll sie zur Zeit ihrer Hochzeit sowohl von Geldfragen als von einigen Eifersuchtsmotiven sehr abgespannt gewesen sein."

Richard will in diesem Fall Folie hystérique (hysterischen

Wahnsinn) sehen, obwohl schon im Allgemeinen deren Anfälle eine längere Dauer haben. In dem eben erwähnten Falle währte dieser nur 3 Stunden, bisweilen dauert er mehrere Tage. Ein sehr häufig beobachtetes Symptom, die hysterische Kugel habe in diesem Falle gefehlt. Chauset meint, die Eifersucht sei wohl der Hauptfactor dieses Anfalles gewesen und erzählt zum Belege seiner Ansicht folgendes Erlebniss seiner Praxis: Eine junge Frau vermisste ihren Mann die ganze Nacht; darüber verlor sie so ihre Geistesgegenwart, dass sie alle Welt, besonders die sich ihr nahenden Männer, schlagen wollte. Chauset wurde nebst dem Hausarzte Dr. Boutin gerufen; man musste die Kranke binden. In einigen Stunden war der Anfall vorüber.

Aehnliche Fälle wie den eben geschilderten, wird sich jeder Praktiker mehr oder minder zahlreich in's Gedächtniss zurückrufen können, und dürften daher diese genügen, um den Beweis zu liefern, dass bei Hysterie nicht selten die psychischen Functionsstörungen so in den Vordergrund treten, dass jeder unbefangene Arzt eine Art Uebergangsstadium zu den reinen Psychosen annehmen muss. —

Ferner kommt hie und da ein Uebergang von Hysterie in Epilepsie vor und gleichen manche hysterische Paroxismen den epileptischen so sehr, dass sie epileptisch-hysterisch genannt werden.

Endlich muss ich noch einige Symptome der Hysterie anführen, welche ebenfalls in seltenen Fällen zur Beobachtung kommen und in verwandtschaftlicher Beziehung zur Katalepsie stehen. Ich meine hier Somnambulismus und Ekstase.

Vor Allem muss man den Unterschied von Katalepsie und Somnambulismus constatiren. Während bei der ersteren die willkürliche Muskelthätigkeit gänzlich aufgehoben ist, finden wir beim Somnambulismus und der Ekstase zum Theil ganz willkürliche Functionen, denn die Somnambülen und Ekstatischen sprechen oft in einer ernsten oder heitern Weise oder singen. Ich erinnere mich an eine 56jährige hysterische Patientin, welche in der Ekstase schwäbische Volkslieder sang. Auch Bewegungen des Rumpfes und der Extremitäten sind vorhanden. Diese Symptome kommen meistens bei heruntergekommenen, höchst reizbaren Hysterischen vor, welche fast immer auch an kataleptischen Anfällen leiden.

Das Verhältniss des Magnetiseurs zur Somnambüle ist ein ganz loses und gründet sich nur auf Betrug. Wir wissen, dass sehr reizbare Hysterische häufig in einen tiefen Schlaf verfallen, ebenso wissen wir, dass dieselben sofort eine Ohnmacht herbeirufen können, wenn sie sie brauchen. Wenn sie nun das Letztere können, warum sollten sie das Erstere nicht? Ich glaube, dass jede in hohem Grade

Hysterische, wenn sie die Augen schliesst und sich völlig gehen lässt, sich selbst in einen somnambülen Schlaf bringen kann.

In der Ekstase, welche meist nach heftigen Convulsionen eintritt, scheint der Körper momentan zu ruhen und der Geist in einer höhern Region sich zu befinden.

Die Delirien der Ekstatischen und Somnambülen drehen sich meistens um religiöse Wahnvorstellungen, doch kommen auch erotische Hallucinationen und Gespräche bei denselben vor, und hängt das immer mit der früheren Geistesrichtung der Ekstatischen zusammen. Dass es möglich ist, dass Leute in einem solchen Zustand Briefe lesen, welche man ihnen auf den Magen legt, orakelhafte Aussprüche abgeben, die kommenden Ereignisse vorhersagen und entfernte Scenen beschreiben, von denen sie nie etwas gesehen oder gehört, sind Dinge, welche wir nicht anstehen, als directen Betrug zu bezeichnen.

Westphal erzählt in der „Wiener Wochenschrift" einen Fall von Somnambulismus des „Frl. Filomena Gavazzi", welche vom Professor der edlen Kunst des Humbugs Meriggioli magnetisirt und vorgezeigt wurde. Da sie sich mit einer spitzen, langen Nadel in den Arm stechen lässt, vorausgesetzt, dass es nicht eine sogenannte Zaubernadel ist, die sich beim Auftreffen auf den Arm zurückschiebt, muss der betreffende Arm, d. h. Haut und tiefliegende Muskel vollständig anästhetisch sein oder es müsste das Fräulein eine staunenswerthe Willenskraft besitzen.

Alles andere kann künstlich hervorgebracht werden, auch die Thränen. Ich kenne eine Dame in den dreissiger Jahren, welche ihrer nächsten Umgebung zum Vergnügen die hellen Thränen weinen kann, so oft es verlangt wird. Sie hat ihre Thränendrüse eben (wahrscheinlich durch Uebung) ganz in der Gewalt. Doch bleibt uns immer noch viel räthselhaft beim Somnambulismus, da wir, wie Westphal treffend bemerkt, „nun einmal den inneren Mechanismus und den äusseren Apparat nicht kennen, wodurch diese magnetischen Spektakel und somnambülen Mirakel in Scene gesetzt werden."

Prüfen wir die Zustände des Somnambulismus und der Ekstase, wie sie dem Arzte zuweilen vorkommen, so stellen sie sich als Hallucinationen im Schlafe dar, wie wir sie bei Personen von mangelnder Selbstbeherrschung und hochgradiger psychischer Hyperästhesie sowie auch bei Geisteskranken im wachen Zustande antreffen. Alle weiteren Manoeuvres der fahrenden Somnambülen lassen sich wissenschaftlich nicht erklären und entspricht vor Allem das Wahrnehmen von weit entfernten Personen und Dingen keineswegs den als Gesetze erkannten Regeln des thierischen Organismus.

Die Hysterie ist keine Krankheit mit materieller Grundlage, son-

dern das natürliche Zusammenwirken, das nothwendige Ineinandergreifen der Nervenfunctionen ist gestört oder fast gänzlich aufgehoben, es ist ein Misston, eine Unterbrechung in der natürlichen Harmonie — und hier greift die geübte Hand eines Routiniers ein und bringt die wunderbarsten Effecte hervor. Die magnetische, zauberische Kraft ist nicht ausserhalb der Kranken zu suchen; kein Magnetiseur kann eine gesunde willensstarke Frau zum Schlafe bringen!

Ich kann dieses Kapitel nicht besser schliessen, als mit den Worten Watson's: „All the transcendental phenomena — the miraculous diagnoses and revelations, the clairvoyance, the propheeies — I class with the spiritrappings and the tabletournings, as evidenees of imposture on the one side and of miserable credulity on the other and as alike scandalous in an age and country which vaunt themselves to be enlightened."

Acute Hysterie.

Mit diesem Namen kann man nur jene Fälle von Hysterie bezeichnen, welche mit einem Male, ohne alle Vorläufer (also bei vorher ganz normalen Nervenfunctionen), als ausgeprägtes Leiden auftreten und sehr schnell, sei es durch Heilung, sei es durch Tod enden. Meyer*), welcher eine acute tödtliche Hysterie von der chronischen unterscheidet, sagt darüber:

„Die mir vollständig bis zur Section übergebenen Fälle gehörten in Bezug auf die Form des psychischen Zustandes der Nymphomanie oder dem religiösen Wahnsinn an; indessen traten andere drohendere Gehirnerscheinungen so rasch hervor, dass wir an eine acute Entzündung der Hirnhäute lebhaft erinnert wurden und eine solche mit einiger Wahrscheinlichkeit voraussetzten."

Er theilt 3 Fälle mit. Es waren 3 junge Mädchen, welche nach deprimirenden Gemüthsbewegungen anfangs in Schwermuth, dann in religiösen Wahnsinn verfielen, welcher sich mit Nymphomanie paarte. Die heftigste Tobsucht war bald von Collapsus gefolgt; es kamen tonische und klonische Krämpfe dazu; der tonische Krampf verursachte nicht nur Steifheit des Nackens, sondern auch heftige Dyspnoë, endlich trat ein soporöser Zustand ein und die Kranken starben. Obgleich im Leben Erscheinungen zugegen waren, welche an reine Meningitis glauben liessen, so fand sich doch in den Leichen keine Spur derselben. Das Gehirn war etwas weich in Folge der gehinderten

*) Virchow's Archiv Band 9.

Respiration und Circulation, dagegen in allen Leichen Rückwärtsbeugungen des Uterus mit Spuren von Hyperämie und Entzündung auf dessen Schleimhaut.

Wie weit sich diese Fälle der acuten tödtlichen Hysterie beizählen lassen und ob man es hier nicht vielmehr mit einer bei Melancholischen oder dem religiösen Wahnsinn Verfallenen nicht selten auftretenden Tobsucht mit tödtlichem Ausgange zu thun hat, wollen wir nicht weiter untersuchen. Wir haben keinen Grund an der Richtigkeit der Beobachtungen und des Sectionsbefundes zu zweifeln, nur können wir die Bemerkung nicht unterdrücken, dass uns Meyer viel zu wenig Werth legte auf die weiche Beschaffenheit des Gehirns und zu viel auf die Entzündung der Schleimhaut des Uterus, welche er in den Leichen fand. Gallway*) wollte sogar bei Männern acute Hysterie beobachtet haben. Treffend sagt Seanzoni: „Wenn auch einzelne Fälle vorkommen, wo das betreffende Individuum Monate oder wohl gar Jahre lang scheinbar ganz gesund gewesen ist und dann plötzlich wieder einige Zeit mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen der Hysterie darbietet, so glaube man ja nicht, dass die Krankheit wirklich behoben war und dann wieder von Neuem auftrat. Analysirt man solche Fälle genauer, so wird man die Ueberzeugung gewinnen, dass auch in den Intervallen scheinbarer Gesundheit die gesteigerte Erregbarkeit einzelner Nervenprovinzen fortbestand, und stets wird man bei sorgfältiger Fragestellung finden, dass eine grössere oder kleinere Reihe sogenannter hysterischer Symptome und mögen sie auch nur in gewissen Idiosynkrasien und Appetenzen, in zeitweilig auftretender Migräne, in der so charakteristischen Willensschwäche bestehen, auch in dieser Zeit bemerklich war.“

Briquet, welcher in seinem bekannten Werke der acuten Hysterie ein eigenes Kapitel widmet, will 127 Fälle derselben beobachtet haben; indess verlieren diese Beobachtungen ihren Werth durch die Behauptung des Autors, dass die acute Hysterie durch ihre Symptome von der Meningitis sich gar nicht unterscheide, nur dass erstere noch eher in Genesung übergehen könne. Ich muss gestehen, dass mir ein Fall von Hysterie unter den charakteristischen Erscheinungen der Meningitis noch nie vorgekommen ist.

In der neueren Zeit hat Loew**) eine Dissertation über acute Hysterie geschrieben, in welcher er nicht bloss deren Dasein, sondern auch deren pathognomische Symptome festzustellen versucht. Der Autor unterscheidet drei Stadien:

---

*) Gallway acute hysterie in the male. Med. Times 1854.

**) De hysteria acuta, Dissert. Berlin, 1863.

I. Stadium: Hirn-Erethismus, heitere Stimmung, Geschwätzigkeit, Hallucinationen, Delirien, Manie, auch Krämpfe, frequenter, kleiner Puls.

II. Stadium: Depression, Sopor, Coma, auch Lähmungen, gewöhnlich Tod.

III. Stadium: Besserung, Uebergang zu den Symptomen des I. Stadiums u. s. f.

Als Unterscheidungsmerkmal der acuten Hysterie von Meningitis und Encephalitis wird das Fehlen des Kopfschmerzes und der Hitze des Kopfes im Anfange der Krankheit angegeben. Kritische Bemerkungen hierüber scheinen mir völlig überflüssig.

Unter den vielen Hunderten von Hysterischen, die ich behandelte, war nicht ein Fall von acuter Hysterie. Wenn auch dieser Umstand mich gerade nicht bestimmen würde, die Möglichkeit einer acuten Hysterie auszuschliessen, so bieten mir doch die Aufklärungen der HH. Briquet, Meyer und Loew durchaus keine zwingenden Gründe, dieselbe als wirklich bestehend anzunehmen, zumal andere zuverlässige Autoritäten und Beobachter von Hysteria acuta nichts erwähnen. Es scheint mir überhaupt sehr schwer bei einer Krankheit, welche zur Entwicklung unzweifelhafter pathognomonischer Symptome oft Jahre braucht, mit Remissionen, Intermissionen und heftigen Paroxismen, bald in kurzen, bald in langen Zeiträumen wechselt, den Zeitpunkt ihrer ersten Entstehung und ihres wirklichen Aufhörens — nicht ihrer Unterbrechung — zu constatiren; ferner ist es eine bekannte, natürliche Thatsache, dass die Hysterie gegen die acuten Krankheiten keinen Schutz bietet, dass also während des chronischen Verlaufes der in Rede stehenden Neurose die verschiedensten acuten Krankheiten auftreten, i. e. sich mit ihr combiniren können, was dann, namentlich wenn vor dem Beginne oder nach dem Ablaufe des combinirenden acuten Leidens eine längere Pause im Hervortreten auffallender hysterischer Erscheinungen bestand, leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben kann. Lassen wir nach diesen kurzen Betrachtungen der acuten Hysterie ihre verdiente Ruhe und beschäftigen wir uns mit der chronischen, welche für die ernste Forschung noch manche Ausbeute bietet; in ihr liegt auch das Räthsel der acuten.

Wesen und Ursachen der Hysterie.

Ehe ich zur Kritik der gegenwärtig bestehenden Theorien über das Wesen und den Sitz der Hysterie übergehe und meine eigene Anschauung darüber ausspreche, will ich die wichtigsten Ansichten

der Autoren von der frühesten bis zur neueren Zeit in möglichst chronologischer Ordnung anführen.

Schon Hippokrates, welcher der medicinischen Geschichtsforschung überhaupt die ersten festen Anhaltspunkte gibt, spricht in seinen beiden Büchern über Frauenkrankheiten seine Ansicht über die Hysterie (wohl als Ansicht der damaligen Zeit) aus; eine Menge von Stellen darin belehren uns über die Symptome und Therapie dieses Leidens. Er betrachtete den Uterus als ein besonderes, belebtes Thier, das der Empfindung fähig, für Geruchs- und Geschmackseindrücke empfänglich und sehr beweglich, ja selbst im Stande sei, nach allen Richtungen gegen das Herz, gegen den Hals, Kopf, Leber u. s. w. aufzusteigen.

Plato sagt: „der Uterus ist ein Thier, welches mit aller Gewalt empfangen will und welches wüthend wird, wenn es nicht empfängt“ — und diese Anschauung war und blieb lange Zeit die herrschende, wie mehr weniger ausführliche Stellen in den Schriften der Philosophen und Aerzte der damaligen Zeit, des Pythagoras, Aretaeus, Galen, Aëtius, Empedokles und Anderer, sowie der späteren Jahrhunderte documentiren. Die griechischen und lateinischen Aerzte unterschieden die Hysterie, als nur den Weibern eigen und vom Uterus stammend, von der Hypochondrie und Geisteskrankheit. Hippokrates musste die engen Beziehungen zwischen Irrsinn und Epilepsie bereits gekannt haben, weil er bei der Besprechung der Melancholie sagt: „Die Melancholischen werden gewöhnlich epileptisch und die Epileptischen melancholisch“ — „wenn die Krankheit sich auf den Körper setzt, wird es Epilepsie, wenn auf den Geist, wird es Melancholie“ — „auch aus der Hypochondrie kann Wahnsinn entstehen, wenn die Galle, einmal in Bewegung gesetzt, die Adern und das Blut durchdringt, die habituelle Constitution verändert und die Wärme entzieht. Der Tod tritt ein, wenn das Blut durch Phlegma völlig erkaltet ist.“ (Hippokr. vol. VI. de affectione). Es kann uns nicht auffallen, dass Hysterie nicht ebenfalls mit Geistesstörungen in Verbindung gebracht wurde, da man bei allen krankhaften Erscheinungen, bei den heftigsten Convulsionen der Weiber, in den mehr minder heftigen Bewegungen des wüthenden Thieres eine sichere und einfache Erklärung fand. Die physiologischen Forschungen späterer Jahrhunderte, vor Allem aber das anatomische Messer Vesal's stellten die begrenzte Beweglichkeit des Uterus und seine Bestimmung fest, worauf man zur Erklärung der hysterischen Erscheinungen die geheimnissvolle Kugel, Globus hystericus, erfand, die nun statt des Uterus von der Symphyse oder vom Epigastrium zur Brust und zum Halse aufstieg. Das Mittelalter machte sich die Erklärung noch bequemer: alle Hysterischen,

Wahn- und Blödsinnigen wurden als vom Teufel besessen erklärt und dem gemäss mit Folter und Scheiterhaufen behandelt. Wie viele Hysterische mögen wohl unter jenen Seliggesprochenen gewesen sein, die Monate lang ohne Nahrung lebten, auf einem Fusse standen, die sich Hunderte von Nadeln in die Haut eintrieben und, obwohl sie vorher Jahre lang an den heftigsten Gliederschmerzen leidend unbeweglich im Bette lagen, sofort aufstehen konnten, wenn ihr Seelsorger sie im Namen Jesu Christi dazu aufforderte! Althaus erzählt in seinem Vortrage über Hysterie jenen bekannten Fall, wo sich eine Jahre lang gelähmte Dame in den Dom von Trier tragen liess, wo der Bischof eine Reliquie ausgestellt hatte und die Kranke in Folge der Heilwirkung des Anblickes derselben den Gebrauch ihrer Glieder wieder erlangte. „Aerztliche Schriftsteller", sagt Marx*), suchten und fanden ihren Ruhm nicht in abwägender Beurtheilung und Beleuchtung des Gesagten, sondern im fleissigen Zusammentragen der hergebrachten Meinungen und im Häufen von Citaten. Berühmte Lehrer auf Hochschulen versicherten, dass die Helfer am Krankenbette mit der Untersuchung der Besessenheit und der angehexten Krankheit sich gar nicht befassen dürften. Ja sie setzten sogar auseinander, wie verkehrt die Ansicht des Volkes sei, grosse Uebel, wie z. B. Schwermuth, von natürlichen Ursachen abzuleiten, da diese, wie das die Gelehrten am besten wüssten, Werke des Teufels wären."

Die Ansicht, dass das weibliche Geschlecht während der Entwicklungsperiode von nervösen, hysterischen Zufällen befallen werde, welche den Verdacht dämonischer Einwirkung erregen, vertrat vorzugsweise Osiander**). Voltaire setzt in seinem Dictionnaire philosophique dem Worte Démoniaque folgendes bei: „Les vaporeux, les épileptiques, les femmes travaillées de l'utérus passeront toujours pour être les victimes des ésprits malins des démons malfaisans."

In den letzten Jahrhunderten verschwindet der Glaube an den Teufel und das Besessensein immer mehr und mehr aus den Schriften hervorragender Aerzte und wurde das ausschliessliche Privilegium der Theologie. Allgemein wurde der Uterus als der Sitz der Hysterie anerkannt und der Glaube des Volkes an die ausserordentliche Beweglichkeit desselben festgehalten. - Heute noch spukt diese Anschau-

---

*) Marx: Ueber die Verdienste der Aerzte um das Verschwinden dämonischer Krankheiten. Göttingen, 1859.

**) Entwicklungskrankheiten in den Blüthejahren des weiblichen Geschlechtes. Tübingen, 1820.

ung in den Köpfen der Laien und die Ausdrücke: Die Milch ist ihr in den Kopf gestiegen! und: die Gebärmutter in den Hals! dürften wenigen Aerzten unbekannt sein. Der Uterus blieb die Quelle der Hysterie, es wurden ihm alle möglichen und unmöglichen Anomalien aufgebürdet, um das Vorhandensein hysterischer Erscheinungen zu motiviren.

Ballonius (1538) beschrieb neben der Epilepsie, Melancholie und Hypochondrie ziemlich ausführlich auch die Hysterie und die hauptsächlichsten Formen der vaporösen Krankheiten.

Ch. Lepois (1563—1633) geht näher auf die convulsivischen Erscheinungen der Hysterie ein, deren Symptome er genau beschreibt; er sucht zu beweisen, dass der Sitz der Krankheit ausschliesslich im Gehirn sei, denn das Gehirn, sagt er, präsidirt der Ausübung aller freiwilligen Bewegungen, der Sensibilität und der Gedanken. Auch Sydenham, Willis und Boerhaave (1600—1780) nahmen das Gehirn als den Sitz der Hysterie an und fanden Anhäufungen seröser Flüssigkeiten in den Hirnhöhlen bei Leichen Hysterischer, wie andere Autoren Abnormitäten im Uterus, in den Eierstöcken, im Magen oder Darmkanal, je nach ihrer speciellen Ansicht fanden. Highmore*) dachte sich die Hysterie durch die Lungen, wie die Hypochondrie durch die schlechte Beschaffenheit des Magens bedingt.

Nach Dumoulin (1703) ist Hysterie und Hypochondrie vollkommen gleichbedeutend. Den Globus hystericus hält er für einen convulsivischen Zustand der Eingeweide; zuweilen aber scheine die Kugel sich unter der Haut zu befinden und von der Schamgegend gegen den Hals aufzusteigen und sei dann durch aufeinander folgende Contractionen der daselbst liegenden Muskel entstanden. Mead sagt vom hysterischen und hypochondrischen Leiden: „Non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est“ (Monita et praecepta cap. XVII). Raulin (1759) lässt die Hysterie bald von diesem, bald von jenem Organe ausgehen, je nach dem betreffenden Symptome. Robert Whytt (1764, Edinburgh) dünkt es sehr wahrscheinlich, dass die „unregelmässigen Sympathien“ und viele andere, deren Ursachen gleich dunkel seien, von der allgemeinen Sympathie, die sich durch das ganze Nervensystem erstrecke, herkommen. Hysterie und Hypochondrie hält er für identisch und der Umstand, dass das weibliche Geschlecht hysterischen Zufällen häufiger, plötzlicher und heftiger unterworfen sei, als das männliche den hypochondrischen, findet nach ihm seine Erklärung in der zarteren Leibesbeschaffenheit, geringeren

*) Exercitationes de passione hyster. et affectione hypochondr. 1677.

Bewegung und in einem besonderen Zustande der Gebärmutter. Hoffmann (System. med. Tom. III) weicht von der Ansicht der meisten seiner Zeitgenossen ab, indem er annimmt, dass Hysterie und Hypochondrie, man möge deren Zufälle, Ursachen oder Ausgänge betrachten, zwei ganz verschiedene Krankheiten sind. Merkwürdig ist, dass noch Luyer-Villermay in seinem Werke: Traité des maladies nerveuses et vaporeuses. Paris, 1816, den Uterus und die geschlechtliche Enthaltsamkeit als die exclusive Ursache der Hysterie anklagt, während 200 Jahre früher Lepois, Piso, dann Willis und Vieussen (1681) den ursprünglichen und exclusiven Sitz der Krankheit im Gehirn annahmen und dieselbe, welche der Epilepsie gleiche, als idiopathisch auffassten. Carolus Piso sagt in seinem Werke: Selectior. observ. et concil. de morbis serosis: Symptomata vulgo dicta hysterica ad epilepsiam referuntur; epilepsiam autem ipsam capiti idiopathicam esse demonstratur, non sympathiam uteri aut viscerum 115. — Hysterica symptomata omnia fere viris cum muliebribus communia sunt 181. — Quoniam igitur in hysterica suffocatione totum convellitur et rigescit corpus, principium sane nervorum patiatur necesse est 122. — Itaque concludamus, tot tantorumque symptomatum, quae falso hysterica creduntur, parum justis de causis uterum, ventriculum aut aliud ex visceribus accusari, sed eorum omnium unum caput esse parentem idque non per sympathiam, sed per idiopathiam affectum male et perclusum eos motus universum concutientes sciere. 144.

Thomas Willis, opera omnia. London 1679. cap. I de morb. convuls. et affectionum, quae dicuntur hystericae et hypochondriacae, pathologia. London 1670.

Georget (1821) hält die Hysterie für einen krankhaften, fieberlosen Zustand des Gehirns und schlägt vor, für den höchst unpassenden Ausdruck „Hysterie“ die Benennung: krampfhaftes Gehirnleiden (Cérébropathie spasmodique ou convulsive) zu nehmen. Dewees (Die Krankheiten des Weibes) nimmt ebenfalls das Gehirn als den Sitz der Hysterie an und sagt: „Die Ansicht, dass das Gehirn der Sitz der Hysterie sei, gründet sich mehr auf die entfernten und Gelegenheitsursachen, auf die Krankheitserscheinungen und die Wirkungsart derjenigen Mittel, welche die Paroxismen zu beschränken und das Auftreten derselben zu verhindern im Stande sind, als auf pathologisch-anatomische Untersuchungen.“ Im Uebrigen greift er auf Robert Whytt zurück und richtet sich in Sinn und Eintheilung der prädisponirenden und occasionellen Ursachen genau nach ihm.

Conolly, dessen Abhandlung über Hysterie Watson mit Recht very judicious nennt, hält sie für eine Erkrankung des Gesammt-

Nervensystems und marquirt die Erscheinungen derselben in seiner bekannten guten Darstellungsweise.

Romberg nennt die Hysterie „eine von Genitalienreizung ausgehende Reflexneurose“ und setzt als Bedingung für die Entstehung derselben die Geschlechtsreife des Weibes, sei es im Erscheinen, im Bestehen oder im Scheiden, zumal im frühzeitigen, fest. Seitdem hat sich die Theorie dieses berühmten Gelehrten sehr verbreitet. Wunderlich betrachtet die Hysterie als eine Erkrankung mit wechselweisem Auftreten von Gehirnstörungen aller Formen; sie sei bald eine primäre, bald eine secundäre Krankheit, welche, oder deren Anlage vielfach erblich sei und sich häufiger bei einem vollen, üppigen als bei schmächtigem Körperbau zeige, bald bei geringer Thätigkeit und guter Nahrung, bald bei Anstrengungen und Entbehrungen.

Valentiner bekämpft Romberg's Reflextheorie und fasst das Wesen der Hysterie in Folgendem zusammen: Die Hysterie ist ein Nervenleiden nicht bloss des centralen Nervensystems, sondern es spricht Manches dafür, dass die gesammte Nervensubstanz afficirt ist. Die materielle Veränderung besteht in einer abnormen Ernährung der Nervensubstanz und zwar finden sich viele Analogien und Berührungspunkte, hinsichtlich der veränderten Ernährung der Nervensubstanz durch ein abnormes Blut, zwischen anderen Krankheiten und der Hysterie.

Seanzoni hat in seinem Werke über die dem Weibe zukommenden Krankheiten des Nervensystems eine grössere Abhandlung über Hysterie geschrieben und dieselbe einer eingehenden Betrachtung unter Benützung einer umfangreichen Statistik unterzogen; seine Ansicht über diese Neurose fasst er in folgender Weise zusammen: „Diese unter den mannigfaltigsten Formen in die Erscheinung tretende Krankheit müssen wir in Uebereinstimmung mit den meisten neueren und vielen älteren Schriftstellern für eine Neurose erklären, bedingt durch eine uns freilich ihrem Wesen nach unbekannte Entwicklungs- und Nutritionsstörung des ganzen oder einzelner Abschnitte des Nervensystems.“

Die Ansichten von Watson, Brodie, Sky und der meisten englischen Autoren kann ich kurz mit den Worten Sky's wiedergeben, der seine Lectures on hysteria folgendermassen schliesst: That the source of the affection is not a local one; that as real disease very commonly holds a relation whith the functions of the heart and arterial system, that of local or general hysteria is the product of a disturbed not a diseased condition of the brain or spinal cord; and that, finally, in considering the entire phenomena of hysterie affections it is difficult to deny their relation to the mind,

which appears to excercise some mysterious or occult influence over them.“

Niemeyer sagt: Die annehmbarste Theorie der Hysterie, welcher sich auch Hasse anschliesst, ist die, dass eine Ernährungsstörung des gesammten Nervensystems, der centralen wie der peripherischen Apparate der Krankheit zu Grunde liege. Mareé berührt in seinem Buche: Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862, auch die Hysterie und nennt sie eine Neurose, welche sich hauptsächlich durch convulsivische Anfälle charakterisirt, durch das Gefühl einer Kugel, welche vom Epigastrium gegen den Hals aufsteigt und verschiedene Störungen der Motilität, Sensibilität und der Intelligenz in den Intervallen der Anfälle mehr minder marquirt.

Benedict (Wiener Wochenschrift 1868) schrieb einen grösseren Artikel über Hysterie, in welchem er folgende Sätze aufstellt: Erstens liegt das Wesen der Hysterie darin, dass alle Theile des Nervensystems, sowohl die centralen Parthien als deren Leitungsorgane und peripheren Enden, sowohl die psychischen, sensuellen und sensiblen, wie die motorischen, reflectorischen, trophischen und vegetativen Sphären in einem Zustande labilen Gleichgewichts sich befinden, aus welchem sie durch verschiedene stürmische wie allmählig einwirkende Momente in einen Zustand erhöhter oder verminderter Erregbarkeit gebracht werden können, wobei Veränderungen der Reizbarkeit oder der Leitungsfähigkeit die veränderte Erregbarkeit bedingen können. Ein zweites charakteristisches Kennzeichen der Hysterie ist ein abnormes Verhältniss der verschiedenen Theile des Nervensystems zu einander.

Lazansky (1868) sagt: „Die Hysterie ist der Symptomencomplex eines Nervenleidens, bei der kein Grad einer materiellen Veränderung sich nachweisen lässt. Sie ist keine Reflexneurose, wie behauptet wurde, und die Erklärung, das Rückenmark befinde sich bei der Hysterie in solcher Erregung, dass es beim peripheren Reiz besonders leicht afficirt wird, hat so lange keinen Werth, als man die moleculären Verhältnisse des Rückenmarks und Gehirns noch nicht kennt. Dass übrigens nicht das Rückenmark allein bei hysterischen Kranken afficirt sei, beweist ihre Willensschwäche, die Veränderlichkeit ihrer Launen und Stimmung, welche auf Veränderungen im Gehirn, und die Abnormität einiger Secretionen wie der Urina spastica, welche auf Erkrankung des Simpathicus schliessen lässt.“

„Die Hysterie, sagt Chairou (Paris 1870), ist eine Neurose, welche ihren Ausgangspunkt von einem Congestivzustand der Ovarien, hauptsächlich der linken nimmt und zuerst die Aufhebung

der Reflexbewegung der Epiglottis und in der Folge alle Arten von Nervenstörungen hervorruft.“

Der englische Arzt Metcalfe Johnson (Medical Times 1872) glaubt, dass die Reihe der hysterischen Symptome von einem abnormen Zustande des „Ganglionic nerve“ kommt, und da diese Krankheit sehr häufig (most frequently) beim männlichen Geschlechte vorkommt, so schlägt er vor, statt „Hysterie“ das Wort „Ganglionism“ zu gebrauchen, welches zugleich einen Schlüssel zur Pathologie derselben gibt.

Wenn wir diese verschiedenartigen Ansichten, welche wohl als die wichtigsten der älteren und neueren Zeit angesehen werden dürfen und dem Wesen nach alle involviren, betrachten und die Werke der betreffenden Autoren nachlesen, fällt uns trotz der verschiedenen Auffassungen über die Ursachen, die gleiche Darlegung der Erscheinungen der Hysterie auf. Ueberall finden wir dieselben Symptomenvariationen, höchstens hie und da ein oder das andere Symptom, als häufiger beobachtet, mehr hervorgehoben, was dann auch stets auf die Anschauung des betreffenden Autors über den Sitz der Hysterie einen entscheidenden Einfluss äusserte. Der Umstand, dass die weitaus grösste Mehrzahl der Aerzte, von Hippokrates an bis zum Anfange unseres Jahrhunderts, den Uterus als die Quelle der Hysterie betrachteten, beweist uns, dass die Hysterie am häufigsten mit Uterin- und Geschlechtsleiden überhaupt complicirt beobachtet wurde. Seit Lepois, Piso, Willis, Vieussen hat sich die Theorie, dass die Hysterie nur vom Gehirn ausgehe, mehr und mehr Bahn gebrochen und finden wir im Anfange unseres Jahrhunderts nur wenige Autoren wie Luyer-Villermay, Landouzy, welche noch den alten Standpunkt in der Aetiologie dieser Neurose einnehmen. In der neueren und neuesten Literatur treffen wir bereits auf einige Autoren (freilich keine Gynäkologen), welche dem normalen wie dem krankhaft veränderten Uterus durchaus nicht mehr Einfluss auf die Hervorrufung der Hysterie einräumen, als irgend einem anderen Organe des menschlichen Körpers.

Es wäre nach meinem Dafürhalten ein unpraktisches und ermüdendes Unternehmen, sämmtliche von der frühesten Zeit bis auf die heutigen Tage aufgestellten Theorien der Hysterie genau zu constatiren und kritisch zu beleuchten; ich ziehe es daher vor, aus der älteren und neueren Geschichte die interessanteren herauszugreifen und die Reflexionen darüber den geehrten Lesern zu überlassen, während ich in Folgendem bestrebt sein werde, die neuesten Anschauungen über das Wesen derselben objectiv zu prüfen und meine eigene Theorie zu begründen.

Zu den Letzteren gehört vor Allem die Reflextheorie unseres berühmten Neurologen Romberg, dann die Theorie, nach welcher das gesammte Nervensystem durch abnormes Blut eine veränderte Ernährung zeigt, worauf die Hysterie beruht. Letztere wird vorzugsweise von Valentiner vertreten. Endlich nehmen einige berühmte Autoren, Niemeyer, Hasse u. A. als Grundlage der Hysterie eine Ernährungsstörung des gesammten Nervensystems an, ohne dabei als Ursache derselben gerade ausschliesslich die Anämie aufzustellen, wie Valentiner und seine Anhänger, sondern es müssen nach ihnen auch die Krankheiten der Sexualorgane und psychische Veranlassungen dabei wohl berücksichtigt werden.

Wenn ich nun zur Theorie Romberg's übergehe, so muss ich vorerst constatiren, dass dieselbe noch heut zu Tage viele Anhänger zählt. Nach derselben ist die Hysterie eine von Genitalienreizung ausgehende Reflexneurose, oder mit anderen Worten, es besteht das Wesen der Hysterie darin, dass eine durch krankhafte Zustände oder auf eine andere Weise erfolgte Reizung der Geschlechtsorgane mittelst der sensiblen Nerven (analog wie eine traumatische) auf das Rückenmark einwirkt und eine periodisch zu- und abnehmende Steigerung seiner Reflexerregbarkeit, welche sich nicht bloss während der Paroxismen, sondern auch in den Intervallen durch zweifellose Erscheinungen äussert, hervorruft. Durch diese Steigerung der Reflexerregbarkeit wird, wie Romberg sagt, ein „verändertes Sein des Menschen" begründet und unterhalten. „Fortan behält die Reflexpotenz im Organismus das Uebergewicht und bedingt dadurch grössere Abhängigkeit der Kranken von äusseren Reizen. Ihrer Herrschaft unterwirft sich die geistige Kraft der Intention, daher die Widerstandslosigkeit, die Willensohnmacht."

Ich will nun die eben angegebenen Verhältnisse eingehend prüfen, um den Werth der von der Genitalienreizung ausgehenden Reflexneurose beurtheilen zu können. Zu diesem Zwecke stelle ich folgende Fragen:

1) Findet man allein bei Hysterischen eine Genitalienreizung?

2) Kann man sämmtliche Symptome der Hysterie aus einer gesteigerten Reflexerregbarkeit erklären?

3) Gibt es eine einfachere Erklärungsweise für das Wesen der Hysterie?

Ad 1. Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei der grösseren Mehrzahl der Hysterischen Genitalienleiden nachgewiesen werden können; indess darf man nicht in jedem solchen Falle nothwendiger Weise einen Zusammenhang zwischen der Hysterie und dem Geschlechtsleiden annehmen, da einerseits bei einer grossen Anzahl von Hyste-

rischen, bei ungefähr einem Dritttheile die Genitalien sowohl anatomisch in ganz normalem Zustande sich befinden als auch normal functioniren, andrerseits es sehr viele mit Geschlechtsleiden behaftete Frauen gibt, welche nichts weniger, als hysterisch sind. Später bei Gelegenheit der Besprechung der Einwirkung der einzelnen Geschlechtsleiden auf das Nervensystem werde ich die vorstehenden Behauptungen durch Beibringung statistischer Nachweise stützen.

Ad 2. Wenn auch in vielen Fällen Genitalienreizungen auf dem Wege des Reflexes nachweisbar Krämpfe, z. B. Pharyngismus, Lachkrämpfe, allgemeine klonische und tonische Krämpfe u. dgl. m. bewirken, so finde ich doch keinen zwingenden Grund, da Reflexkrämpfe zu supponiren, wo der unentbehrliche Factor zu denselben, das centripetalerregende Moment nicht nachgewiesen werden kann. In solchen Fällen hat wohl die Annahme der primären Entstehung der Krämpfe von den Nervencentren aus um so mehr für sich, als nach dem Umfange der Erscheinungen der Hysterie eine veränderte Thätigkeit des Gesammtnervensystems leicht angenommen werden kann. Wenn sich nun nicht einmal alle Krampfbewegungen als reflectirte nachweisen lassen, so kann ich mir noch weniger die Störungen der psychischen Functionen — die Macht, welche Romberg der Reflexpotenz beilegt, ist eben eine imaginäre — die Anästhesieen, Amaurosen, Lähmungen und Schmerzen der Hysterischen aus der gesteigerten Reflexerregbarkeit erklären. Aus dem Gesagten geht nun hervor, dass nur bei einem Theile Hysterischer Krankheiten oder Reizungen der Genitalien nachweisbar sind, also bei einer grossen Anzahl von Fällen eine von Genitalienreizung ausgehende Reflexneurose nicht angenommen werden kann; ferner dass viele wesentliche Symptome der Hysterie sich aus der gesteigerten Reflexerregbarkeit nicht erklären lassen.

Ad. 3. Die meisten Autoritäten der Neuzeit — wir wollen hier nur Hasse, Niemeyer, Scanzoni, Valentiner, Watson, Sky nennen — nehmen eine eigenthümliche Beschaffenheit des Gesammtnervensystems an, vermöge welcher Einflüsse der verschiedensten Art, wie wir sie später näher besprechen werden, die Erscheinungen der Hysterie hervorrufen können. Die Romberg'sche Theorie erhält durch diese Anschauung einen begrenzten Spielraum und lassen sich alle Symptome mit Leichtigkeit aus der letzteren erklären. Romberg hat wahrscheinlich selbst die Reflextheorie in ihrer Ausdehnung einschränken wollen, indem er schon 1853 in seinem Werke pag. 551 sagt: „Auch die Reflextheorie, die jetzt über Gebühr sich ausbreitet, wird in ihre natürlichen Schranken verwiesen werden.“

Eine weitere Auffassung des Wesens der Hysterie, welche zu den neuesten zählt und ziemliche Verbreitung gefunden hat, ist jene von

Valentiner. Dieser Autor fasst in seiner Monographie über Hysterie, welche in Bezug auf Gründlichkeit und wissenschaftliche Behandlung die vollste Anerkennung verdient, das Wesen, den Sitz und die Ursachen der Krankheit in folgende 4 Sätze zusammen:

1) Die Hysterie ist ein Nervenleiden.

2) Sie besteht nicht bloss in einem Leiden des centralen Nervensystemes, sondern es spricht manches dafür, dass alle Nervensubstanz, das gesammte Nervensystem afficirt ist.

3) Die materielle Veränderung in der Hysterie besteht in einer abnormen Ernährung der Nervensubstanz.

4) Hinsichtlich der veränderten Ernährung der Nervensubstanz durch ein abnormes Blut finden sich vielfache Analogieen und Berührungspunkte zwischen anderen Krankheiten und der Hysterie.

Dass die Hysterie ein Nervenleiden sei, wird heut zu Tage wohl von keinem wissenschaftlich gebildeten Arzte mehr bezweifelt.

Ebenso steht fest, dass bei dieser Neurose das gesammte Nervensystem betheiligt ist; dass aber die Hysterie auf einer veränderten Ernährung der Nervensubstanz durch Anomalie der allgemeinen Ernährungsflüssigkeit, des Blutes (Anämie beruhe, dagegen lassen sich gewichtige Bedenken geltend machen.

1) Es gibt eine sehr grosse Anzahl von Frauen mit ganz exquisit hysterischen Erscheinungen, bei welchen eine krankhafte Veränderung des Blutes nicht constatirt werden kann. Wunderlich sagt mit Bezug darauf (in seiner Pathologie und Therapie, pag. 310): „Die Krankheit (Hysterie) oder die Anlage zu derselben ist vielfach erblich und zeigt sich häufiger bei einem vollen und üppigen, als bei einem schmächtigen Körperbau, bald bei geringer Thätigkeit und guter Nahrung, bald bei Anstrengungen und Entbehrungen."

2) Bei der grossen Menge von Anämischen und Hydrämischen finden wir relativ selten solche, welche zugleich Erscheinungen der Hysterie darbieten. Ich erinnere hier an das grosse Heer der an chronischen Magen- und Darmkatarrh Leidenden, an die Tuberculösen, Krebskranken; letztere werden, wie wir später sehen werden, sogar nur äusserst selten von Hysterie befallen.

In vielen Fällen können wir das Auftreten von hysterischen Erscheinungen viel früher constatiren, als die diagnostischen Kriterien der Anämie.

Endlich darf der Umstand nicht ausser Acht gelassen werden, dass der Hysterie und der ja stets secundär auftretenden Anämie eine gemeinsame Ursache zu Grunde liegen kann. Die Zahl der anämischen Männer dürfte ebenso gross sein, wie die der anämischen Frauen; warum schadet das schlechte Blut den männlichen

Nerven nicht in der gedachten Richtung, während es die weiblichen so sehr benachtheiligt? Man könnte hier vielleicht einwenden, dass es sich eigentlich um chlorotische Blutmischung handle, welche ja den Mädchen und Frauen eigen sei. Wir verweisen auf die spätere Auseinandersetzung über den Einfluss der Chlorose auf die Hysterie.

3) Ein directer Nachweis der Veränderung der Nervensubstanz durch Anämie kann nicht gemacht werden, und von einigen Autoren wird Plethora als besondere Ursache der Hysterie angegeben.

4) Wie erklären sich nach der Theorie Valentiner's jene Fälle von Hysterie, welche ohne Prodromi und bei ganz gesunden Mädchen und Frauen auftreten? Denken wir an die imitatorische Hysterie, bei welcher bekanntlich plötzlich mehrere, vorher ganz gesunde Individuen, ohne Rücksicht auf deren Blutmischung, durch den Anblick von anderen oder in Folge von Schrecken von hysterischen Paroxismen befallen werden! Wie deuten wir jene Fälle von Hysterie, welche entweder spontan oder bei zweckmässiger örtlicher Behandlung in sehr kurzer Zeit verschwinden? Sollte in diesen Fällen plötzlich die Anämie und die dadurch bedingte Ernährungsstörung sich verloren haben? Welcher Arzt kann sich eines Falles erinnern, wo ein Kind an Scrophulose oder ein Mädchen an Chlorose innerhalb acht Tagen erkrankt oder von seiner Krankheit befreit worden wäre?

Valentiner, welcher die Analogieen vieler hysterischer Symptome mit den eigenthümlichen Erscheinungen bedeutender Blutkrankheiten zusammenstellte, machte auf die sogenannten nervösen Symptome der Bleiintoxication, bei Morbus Brigthii und der dadurch bedingten Urämie u. s. f. aufmerksam und suchte daraus darzuthun, dass auch die Symptome der Hysterie aus einer durch Blutanomalie bewirkten mangelhaften Ernährung der Nervensubstanz erklärt werden können. Ich muss bemerken, dass die charakteristischen nervösen Erscheinungen bei Bleiintoxication und bei Urämie schon ihrer Constanz wegen schwer als Analogieen der Hysterie betrachtet werden können, da bei dieser Neurose gerade der labile und fluctuirende Charakter hervortritt. Uebrigens ist es auch, davon abgesehen, eine ganz unzureichende Schlussfolgerung, aus dem Einflusse einiger Blutkrankheiten auf die Functionen des Nervensystems anderweitige nervöse Functionsstörungen begründen zu wollen.

Weiterhin sucht Valentiner durch Hinweisung auf die durch Chloroforminhalationen bedingten Erscheinungen seine Theorie des Causalnexus der Blutanomalieen mit Hysterie zu stützen, indem er pag. 73 sich folgendermassen ausspricht: „Die Substanz tritt in die Lungencapillaren und so durch die Lungenvenen zum Herzen, welches

sie in den Capillaren sowohl den Nervencentren als den peripherischen Nervenzweigen zuführt. Bald sehen wir in Folge dieser Inhalationen Paralyse sowohl der motorischen als der sensiblen Nerven und der psychischen Thätigkeit, bald aber auch Krämpfe, krampfhaftes Lachen, Weinen, Schreien und geistige Unruhe; in einzelnen Fällen eine Art von ekstatischen Zuständen."

Wenn auch diese Erscheinungen eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Symptomencomplexe eines hysterischen Paroxismus nicht verkennen lassen, so darf doch nicht ausser Acht gelassen werden, dass die durch Chloroformirung hervorgerufenen Symptome gemeinhin einen bestimmten Charakter haben, so dass wir dabei ein stadium excitationis und ein stadium depressionis unterscheiden können, während die Hysterie mit ewig neuen Combinationen von Symptomen hervortritt. Die Art und Weise, wie das inhalirte und in die Lungencapillaren eingetretene Chloroform zum Nervensystem gelangt, welche chemischen Processe es auf seinem Wege dorthin durchmacht und wie es dann die Substanz der Nerven zu verändern vermag oder die Innervationsstörungen bedingt, ist vor der Hand völlig unklar und wird es noch lange bleiben, wenn nicht chemische und mikroskopische Wunder geschehen! Bei einer solchen Unsicherheit der Prämissen ist eine praktische Conclusion, wie sie Valentiner macht, nicht mehr als ein Scheinargument für seine Thesis.

Ein nicht unwichtiges Argument gegen die Anämie als Grundlage der Hysterie liefert uns die Betrachtung der Neurose mit Bezug auf ihre Anomalieen der Psyche, d. h. die Constatirung der bei Besprechung der Symptomatologie hervorgehobenen Thatsache, dass einerseits in einigen Fällen während des Verlaufes der Hysterie vorübergehende bedenkliche psychische Störungen auftreten, welche an eine Psychose erinnern, andererseits, allerdings viel seltener, dass die Hysterie in eine wirkliche Psychose übergeht, mithin eine gewisse ätiologische Beziehung zwischen Hysterie und den Psychosen besteht. Bekanntlich spielt aber auch bei der Aetiologie der Psychosen die Anämie eine sehr zweifelhafte Rolle.

Endlich kann ich hier noch die weiter oben erwähnte Beziehung der Epilepsie zur Hysterie hervorheben und dabei die Frage aufwerfen: Welchen Einfluss übt die Anämie auf die Epilepsie aus? Nach den Erfahrungen der ersten Autoren, z. B. Niemeyer, keinen; ja man vermisst in jedem bedeutenden Werke über Nervenkrankheiten die Anämie in der Aetiologie. Wenn wir eine gewisse verwandtschaftliche Beziehung zwischen den excessiven psychischen Störungen in der Epilepsie, Hysterie und den Seelenkrankheiten annehmen müssen, so finden wir darin einen Grund mehr, die pathogenetische Be-

deutung der Anämie bei der Hysterie auf ein Minimum zu reduciren' als meines Wissens kein praktischer Psychiater bei der Aetiologie der Geisteskrankheiten auf Anämie einen Werth gelegt hat.

Ein weiteres Beweismittel gegen die Annahme der Anämie als Ursache der Hysterie ist die Veränderlichkeit und der Wechsel der Symptome der Hysterie, das oft Wochen oder Monate lange Ausbleiben derselben und deren plötzliche Wiederkehr, was eine krankhafte Veränderung des Blutes oder eine Ernährungsstörung ausschliesst. Allseitig angenommen ist die geschwächte Willenskraft, welche sich bei vielen hysterischen Erscheinungen zur Evidenz nachweisen lässt. Plötzliches Umschlagen der Innervationsstörung in normale Function durch ein entschiedenes intellectuelles Motiv liesse sich in einer Masse von Fällen anführen. Es bedarf eben nur der gehörigen Einwirkung auf die Psyche mit gleichzeitiger Abwendung der die Aufregung begünstigenden Schädlichkeiten, nachtheilige Sinnesreizungen, grelles Licht u. s. f.

Wer wird hier annehmen wollen, dass die Ursache der Krankheit Anämie gewesen; wie könnte diese oder ihre nachtheiligen Einwirkungen auf das Nervensystem so zu sagen mit einem Schlage aufgehoben werden? Man wende uns nicht ein, dass auch während des Typhus oder anderer Blutkrankheiten in den Höhestadien die psychischen Aufregungen sich oft so verstärken, dass die Kranken, obwohl bedenklich geschwächt und abgemagert, aus dem Bette springen, über eine oder zwei Treppen hinunterlaufen und so durch die ekstatische Nerventhätigkeit trotz der Anämie kräftige Muskelwirkungen zeigen. Diese Zustände sind ganz transitorischer Natur. Wenn wir die vorstehenden Argumente in Erwägung ziehen, so muss sich uns die Ueberzeugung aufdrängen, dass das Wesen der Hysterie durch Zugrundelegen der Anämie sich nicht erklären lasse. Valentiner gesteht übrigens in seiner mehrmals angeführten Monographie pag. 80 selbst zu, dass Localirritationen allein für sich nicht genügen, Hysterie zu erzeugen, sondern es scheint, als wenn schon eine bestimmte, vielleicht angeborene Organisation des Nervensystemes sich vorfinden müsse, um jenes Resultat zu erzeugen." Es ist evident, dass der Autor unter angeborener Organisation des Nervensystemes eine Ernährungsstörung desselben durch Anämie nicht gemeint haben konnte.

Es mag sein, dass wir durch die etwas gedehnten Auseinandersetzungen der Theorie Valentiner's manchem Leser zu weitläufig geworden sind, allein wir glauben damit auch dem Wesen nach die Beweise gegen die in neuester Zeit in Deutschland ziemlich verbreitete

Anschauung, dass das Wesen der Hysterie überhaupt auf einer Ernährungsstörung des gesammten Nervensystemes beruhe, widerlegt zu haben, so dass wir es nicht für nothwendig erachten, durch Beibringung weiterer Argumente dagegen das Thema noch weiter auszuspinnen.

Mit wenigen Worten will ich die Ansicht von Georget, Dewees, Wunderlich u. A., nach welchen die Hysterie ein Gehirnleiden sei, besprechen. Ich mache hier nur aufmerksam auf die bei Hysterischen selten fehlende hochgradige Hyperästhesie gegen äussere Reize, welche häufig mit ausserordentlicher Steigerung der Reflexthätigkeit combinirt erscheint. Diese kann ihren Erklärungsgrund wohl nur in der Annahme finden, dass die peripherischen Nerven im Zustande vermehrter Erregbarkeit sich befinden oder dass das Rückenmark gleichzeitig abnorm erregt sei. Mehrere Autoritäten der Gegenwart, Niemeyer, Hasse, Seanzoni, Valentiner u. A. stimmen darin überein, dass die Hysterie kein exclusives Gehirnleiden, sondern ein Leiden des gesammten Nervensystemes sei.

Wenn ich nun die Hysterie weder für eine von den Genitalien ausgehende Reflexneurose halte, noch derselben eine durch Anämie oder auf andere Weise bedingte Ernährungsstörung des gesammten Nervensystemes zu Grunde lege, endlich sie nicht als exclusives Gehirnleiden aufzufassen vermag, so schweben mir die im Vorhergehenden geltend gemachten Gründe vor Augen, nach denen keine der genannten Theorieen sämmtliche dieser Krankheit eigenthümlichen Symptome vollständig zu erklären im Stande ist. Ich stimme den Anschauungen der genannten Autoritäten vollkommen bei, insoferne sie die Hysterie als ein Leiden des gesammten Nervensystemes darstellen, aber ich glaube, dass die von ihnen gemachte Supposition einer Ernährungsstörung desselben zur Erklärung nicht nothwendig sei. Es dürfte nicht bloss dem gegenwärtigen Standpunkte der Wissenschaft entsprechen, sondern auch praktisch das Wesen der in Rede stehenden Neurose richtig bezeichnen, wenn wir das Wesen der Hysterie als eine in der Entwicklung begründete eigenthümliche Organisation des gesammten Nervensystemes in Verbindung mit besonderen veranlassenden Momenten auffassen.

Diese Theorie, welche ich 1868 aufstellte und auf die Resultate meiner zahlreichen Beobachtungen stützte, habe ich seit dieser Zeit durch eine noch grössere Zahl von Beobachtungen geprüft und als richtig gefunden, so dass ich derselben heute mit noch grösserer Ueberzeugung huldige als früher. Uebrigens wurde diese Theorie meines Wissens von keinem Practiker ernstlich bekämpft, im Gegentheile finde ich, dass in einigen Werken über Nervenkrankheiten,

welche seither erschienen sind, dieselbe mehr minder umschrieben angenommen wurde. So schreibt Rosenthal*) in seinem Handbuche der Nervenkrankheiten (pag. 259): „Keime der Hysterie sind wohl in den meisten Frauennaturen gelegen, jedoch ist der Boden in soferne ein ungleicher, als nur ein Theil desselben, bei schädlichen Einwirkungen, zur raschen Wucherung lästiger Beschwerden, zum Ausbruche bedenklicher Störungen führt. Es hängt dies demnach vom Momente der Disposition ab.“ —

Louis Mayer**) schreibt in seiner Monographie (pag. 88 u. 89) bezüglich der Aetiologie der Hysterie: „Es möchte sich in erster Reihe um leichtere, substantiell nicht nachweisbare, bis jetzt überhaupt in ihrem Wesen nicht erkannte Zustände und Vorgänge im ganzen Nervensysteme (vielleicht auch nur einzelner Abschnitte desselben), um eine allgemeine krankhafte, nervöse Prädisposition handeln. Diese kann angeboren und hereditär oder durch psychische und somatische Ursachen erst nach der Geburt erworben sein.“

Eulenburg, ein hervorragender Neurolog, sagt in seinem Lehrbuche der functionellen Nervenkrankheiten (1871) pag. 51: „Immer entschiedener und berechtigter tritt in neuerer Zeit die Anschauung hervor, dass einer grossen Masse von Neuralgieen ein mittelbares, prädisponirendes Moment zu Grunde liegt: eine Constitutionsanomalie, die in einer ungewöhnlichen abnormen Functionirung des Nervensystems überhaupt, oder speciell einzelner Theile des sensiblen Nervenapparates zum Ausdruck gebracht wird. — Man kann demnach viele Neuralgieen der von Griesinger aufgestellten Classe der constitutionellen Neuropathien zurechnen, wohin auch die epileptischen Zustände, Hysterie, zahlreiche Krampf- und Lähmungsformen, Geisteskrankheiten u. s. w. gehören.

Worin nun die „eigenthümliche Organisation“ bestehe, lässt sich mit den jetzigen physicalischen Hülfsmitteln nicht bestimmen, wie wir dies auch bei anderen Neurosen z. B. Epilepsie und den Psychosen im Allgemeinen zu thun ausser Stand sind. Wir wissen nur so viel, dass es nachweisbare und tiefgehende Veränderungen nicht sind.

Mit „in Verbindung mit besonderen veranlassenden Momenten“ will ich die verschiedenartigsten occasionellen Ursachen bezeichnen, welche bei vorhandener eigenthümlicher Organisation des gesammten

---

*) Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten von Dr. Moriz Rosenthal, Docent an der Universität Wien. Erlangen, Enke 1870.

**) Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870. Hirschmann.

Nervensystemes den Ausbruch der Hysterie bedingen, und werden dieselben später eine specielle Erörterung finden.

Es scheint mir zweckmässig, vor Allem die Frage aufzuwerfen: In wieferne ist das Wesen der Hysterie eine in der Entwicklung begründete eigenthümliche Organisation des gesammten Nervensystemes? Mögen wir auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie oder der Pathologie praktische Untersuchungen anstellen, überall finden wir Eigenthümlichkeiten, welche einzelnen Familien angehören. Warum sollte eine der Hysterie eigenthümliche Organisation nicht ebenso gut angenommen werden können?

Die auffallendste Erscheinung ist wohl die meist sehr ausgeprägte Aehnlichkeit der einzelnen Familienglieder mit Vater oder Mutter sowohl in somatischer als auch in psychischer Beziehung. Bald freuen wir uns über die kräftig entwickelten imposanten Individuen mit hervorragenden intellectuellen Anlagen, bald bemitleiden wir die schon in der Blüthezeit des Lebens schwach und alt aussehenden Wesen, welche ausserdem auch geistig ganz unter dem Niveau ihrer Genossen stehen. Und diese beiden Arten stellen treue Bilder ihrer Eltern dar. Auf der einen Seite haben wir den besten Knochen- und Muskelbau mit lebhafter Nerventhätigkeit, auf der anderen finden wir einen zart organisirten Körper mit mehr als mässiger Muskulatur, und doch können sich beide Arten innerhalb der Grenze des Physiologischen bewegen. Wir Alle haben schon oft die Beobachtung gemacht, dass ein eigenthümlicher Gesichtsausdruck, ein starker oder schwacher Haarwuchs, perlenweisse, schön gestellte oder hässliche und schlecht geordnete Zähne, eigenthümliche Nüancen des Teint oder abnorme Pigmentirung in der Haut u. a. m. ganzen Familien eigen sind. Finden wir nicht auch bei den einzelnen Familiengliedern sehr häufig bestimmte physiologische Functionen in auffallender Weise ausgeprägt? Das Streben nach höherer geistiger Ausbildung, den Sinn für das Schöne und Edle — oder aber die geistige Apathie, den Drang zu sexuellen Excessen, die Anlage zum Geiz oder zur Verschwendung, zur Rohheit u. s. f.? Wie häufig sind die Talente für Musik, Malerei, Dichtkunst oder eine besondere Anlage zu bestimmten körperlichen Thätigkeiten, wie Reiten, Turnen, Laufen, Tanzen etc. den sämmtlichen Gliedern ein und derselben Familie eigen und erben sich auf viele Generationen fort? Fragen praktische Geburtshelfer oder Hebammen vielleicht ohne Grund Erstgebärende, wie die Mutter oder die Schwestern entbunden haben? Finden wir nicht sehr häufig ganz auffallende Familieneigenthümlichkeiten in dem Benehmen, der Haltung, den Bewegungen selbst bei Kindern, deren Eltern schon in den ersten Lebensjahren gestorben sind? Vorstände von Waisen-

anstalten versicherten mir, dass Doppelwaisen von ihnen bekannten Eltern, welche schon in den ersten Kinderjahren elternlos geworden, später in Bewegung und Haltung auffallend an Vater oder Mutter erinnerten. Ist es nicht interessant bei Kindern von einem Jahr, die ihrem Vater, wie man zu sagen pflegt, wie abgerissen ähnlich sehen, eine ausgedehnte willkürliche Beweglichkeit der Kopf- besonders der Stirnhaut und der Ohren zu beobachten, was wir auch beim Vater als eine seltene Eigenthümlichkeit bemerken? Wie häufig überträgt sich die geistige Anlage, das Gemüth, das Temperament des Vaters oder der Mutter auf die Kinder!

Wie wir nun eine Anzahl physiologischer Familieneigenthümlichkeiten constatiren können, so fällt uns nicht selten die Anlage zu krankhaften Zuständen in mancher Familie auf, welche sich durch viele Generationen forterben kann. So haben manche Frauen das Unglück, stets unentwickelte oder abnorm entwickelte Kinder zu gebären. Ich mache hier aufmerksam auf das habituelle Absterben der Kinder zu einer bestimmten Zeit der Schwangerschaft, im 6., 7. oder 8. Monate der Gravidität. Bei einer Beamtenfrau fand ich bei 3 Kindern nacheinander Missbildungen, das erste hatte eine Hasenscharte, das zweite war an der Hand verwachsen, das dritte hatte 6 Zehen. — Jedermann weiss, dass Scrophulose, Tuberculose und zum grossen Theil auch Krebs und Psychosen so zu sagen aus dem Körper herauswachsende Krankheiten sind. Und die Unmasse von Arthritikern, von Hämorrhoidariern! rührt nicht meist der Urstoff ihrer Leiden von den Eltern her, um zu einem der Krankheit günstigen Lebensalter die zweifellosen Zeichen seiner Lebens- und Entwicklungsfähigkeit erkennen zu lassen? Ist nicht Kurzsichtigkeit häufiger ererbt als acquirirt? Sind nicht frühzeitige Glatzen fast immer und Kröpfe häufig ein elterliches Erbtheil? Wie viele Töchter werden, wenn sie selbst Mütter geworden, an die früher unterschätzten Klagen ihrer Mütter über Migräne etc. erinnert und finden sie nun in vollem Masse gerechtfertigt!

Wenn nun die Verhältnisse so sind — und wer möchte versuchen, dies in Abrede zu stellen? — so kann bei der Hysterie per analogiam eine ähnliche Grundlage als bestehend angenommen werden. Es schlummert der Keim zu dieser allgemein verbreiteten Neurose, bis in einem gewissen Alter begünstigende oder occasionelle Umstände dessen Entwicklung bewirken. Zeichen, dass der Keim nur schlummert, finden wir schon in den Kinderjahren, in welchen wir ja nicht selten Gelegenheit haben, Functionsstörungen in den verschiedensten Theilen des Nervensystemes zu constatiren. Wir finden schon in den ersten Lebensmonaten mit der materiellen Entwicklung des Gehirns in ursächlichem Zusammenhange stehende eigenthümliche Erscheinungen, sogenannte Kopffraisen der Kinder, welche sich durch ein

häufiges Verdrehen der Augen im Schlafe, selbst oft im wachen Zustande, durch Hinstarren mit halbgeschlossenen Augen, Schielen, zeitweises Zucken der Extremitäten, Lächeln im Schlafe (es spielen die Engel mit dem Kinde, sagt das Volk) manifestiren, eine abnorme cerebrale Thätigkeit darstellen und doch nicht, wenigstens nicht von Practikern, als krankhafte Symptome betrachtet werden, da ja deren häufiges Auftreten zur Norm gehört und in leichtem Grade bei jedem Kinde beobachtet werden kann. Die normalen eigenthümlichen Gehirnfunctionen dauern in der Regel ein ganzes Jahr und arten durch anderweitige Störungen, z. B. starke Diarrhöen in der Zahnungsperiode, beiläufig vom 5. oder 6. Monate an nicht selten in wirklich krankhafte und das Leben bedrohende sogenannte Zahnfraisen — Eclampsia infantum — mit den bekannten convulsivischen Anfällen bei gleichzeitig aufgehobenem Bewusstsein aus. Es unterliegt wohl heut zu Tage keinem Zweifel, dass die krankhafte Erregung der motorischen Nerven, welche in diesen Convulsionen ihren unzweideutigen Ausdruck findet, wie bei der Epilepsie durch die Medulla oblongata und die an der Basis des Gehirns gelegenen Theile eingeleitet wird. Es ist ferner nach den ersten Autoritäten in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Medulla oblongata beinahe immer durch von peripherischen Nerven der verschiedensten Organe übertragene Reize in einen momentanen Reizungszustand versetzt wird, welcher der Eclampsie zur Grundlage dient. Daher haben wir eine Eclampsia dentalis, eine Ecl. verminosa etc. Auch vor Ausbruch von fieberhaftem Katarrh, Masern, Scharlach, Typhus kommen eclamptische Anfälle vor. Niemeyer sagt: „Die Anlage für Eclampsie ist häufig angeboren, oft leiden alle Kinder derselben Familie an eclamptischen Zufällen. Die Eclampsie wird sowohl bei kräftigen und vollsäftigen als bei schwächlichen und anämischen Kindern beobachtet.“

Dieser Passus bietet uns wohl die beste Analogie zur Entstehung der Hysterie und finden wir überhaupt viele Berührungspunkte in den Erscheinungen der Hysterie und der Eclampsie. Wenn nun schon, wie wir bisher gesehen haben, in den ersten Kinderjahren Symptome eines zart angelegten Nervensystemes auftreten, so müssen wir uns viel weniger wundern, wenn wir den Veitstanz und dann die epileptischen und hysterischen Convulsionen zur Pubertätszeit beobachten. Wenn auch der Veitstanz bekanntlich eine reine Motilitätsneurose darstellt — unwillkürliche Bewegungen im Bereiche der willkürlichen Muskeln entweder für sich allein oder in Combination mit gewollten —, wo namhafte Störungen der Sensibilität sowie der psychischen Functionen fehlen, so ist doch die Berücksichtigung seiner Entstehung für uns von Werth. Allerdings ist die Pathogenese der Chorea dunkel und ist es nach den bisherigen

Untersuchungen geradezu unmöglich, mit einiger Sicherheit die Stelle zu bestimmen, von welcher aus die krankhafte Erregung der motorischen Nerven veranlasst wird. Weder Veränderungen in den Centralorganen des Nervensystemes, noch solche in den peripherischen Bahnen der Nerven lassen sich als Grundlage für die Krankheit annehmen. In ätiologischer Beziehung müssen wir das häufige Vorkommen der Chorea zur Zeit der zweiten Dentition und der Pubertätsentwicklung, also vom 6. bis 15. oder 16. Lebensjahre, besonders bei weiblichen Individuen, hervorheben und gehört es nicht zu den ausserordentlichen Seltenheiten, dass ein und dasselbe Kind in beiden Perioden an Veitstanz leidet, daher es dem Volksmund geläufig ist, dass die Chorea alle 7 Jahre sich wiederhole. Auch hier scheint die Krankheit mit der Entwicklung des Nervensystemes, welches eben in einzelnen Provinzen weniger widerstandsfähig ist, zusammenzuhängen. Wenn man unter den veranlassenden Momenten der Chorea den Nachahmungstrieb, Gemüthsaffecte, Schrecken, Reizung des Darmkanales durch Würmer, Onanie etc. anführt, so mag noch mehr eine übermässige geistige Thätigkeit dabei betheiligt sein. Gerade mit der beginnenden Schulzeit wird der Geist oft so angestrengt, dass der Körper leidet, so dass sehr leicht die pars minoris resistentiae afficirt wird. Ein achtjähriges, talentvolles Mädchen, welches trotz des ärztlichen Verbotes nach überstandenem Typhus zu früh in die Schule ging und dort mit gewohntem Fleisse seine Aufgaben machte, kam nach kaum 8tägiger geistiger Anstrengung mit Kopfschmerzen nach Hause und litt 3 Tage lang ohne jede Fiebererscheinung an ausgesprochenen Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen — sie sah Soldaten auf ihrem Bette, hörte Musik u. dgl. m. — wurde dann nach einigen Tagen gesund und blieb es auch seither, nachdem ihm jede geistige Ueberanstrengung untersagt ist. Dass mit dem Eintritt der Pubertätsperiode noch leichter ein derartiger Einfluss ausgeübt werden kann, leuchtet ein, und werde ich bald Gelegenheit haben, es näher auseinander zu setzen. Die Chorea bietet übrigens Erscheinungen dar, welche wir bei der Betrachtung der hysterischen Krämpfe wieder finden, nur dass bei diesen neben den Symptomen des Veitstanzes auch noch anderweitige Nervenstörungen zu Tage treten, welche das Bild der Chorea mehr verwischen oder undeutlich machen. Mädchen, welche in einem geringen Grade angeborner oder durch Hirnzufälle in den Kinderjahren erworbener Geistesschwäche litten, sah Hergt öfter mit oder nach dem Eintritte der Menstruation in maniakalische Aufregungen und von diesen in Blödsinn verfallen. —

Wie wir eben gesehen haben, gibt es in den Kinderjahren manche Functionsstörungen der Nerven, welche aus dem Einflusse hervorgehen,

den psychische und äussere Verhältnisse auf die Entwicklung des Nervensystemes ausüben. Um wie viel leichter können wir uns die nachtheiligen Einflüsse auf das Nervensystem durch jene somatischen und psychischen Vorgänge erklären, welche um die Zeit der geschlechtlichen Entwicklung auftreten. In diesen Jahren wird die Phantasie reger, es erwachen die Leidenschaften, und in den Augen wie in dem Gesichtsausdrucke spiegeln sich die heimlichen Vorgänge des regen Geschlechtslebens ab. Umgang mit Aelteren und die unvermeidliche Romanliteratur bewirken einen gewaltigen Umschwung in Geist und Gemüth; Gesellschaften, Theater, Concerte u. dgl. erweitern das Bedürfniss nach Vergnügungen, nach Putz, Kleiderluxus. Die Herzensangelegenheiten treten in den Vordergrund und beherrschen die ganze Psyche; Schmeicheleien und Zeichen von besonderer Aufmerksamkeit, welche die Geliebte empfängt, berauschen ihren Verstand und unterwerfen sie sclavisch ihrem Ideale; sie fühlt sich auf der Höhe des Glückes und schaut der Zukunft goldene Schätze. Mit Naturnothwendigkeit folgen solchen Antecedentien in der Regel tragische Consequenzen; es ergeben sich gar bald Widersprüche mit den äusseren Verhältnissen und den moralischen Rücksichten, so dass die glänzenden Illusionen, kaum der Phantasie entsprungen, auch schon zu erblassen beginnen. Die verschwenderischen Liebesbezeugungen stehen nicht immer im Einklange mit den Erfordernissen des practischen Lebens, das Herz ist tief verwundet, der Verstand meist ohnmächtig sich zu emancipiren, das Bild der sinkenden Hoffnung und der bittersten Enttäuschung schwebt ihr ewig quälend vor, Körper und Geist niederbeugend; Jahre kommen und Jahre vergehen, bis eine nüchterne Lebensanschauung an die Stelle der beseeligenden Jugendträume getreten ist; daher die unruhigen, oft nicht mehr zu beschwichtigenden Malcontentes. Uebrigens wäre es ungerecht und grausam, allen Hoffnungsvollen ein so düsteres Bild der Zukunft vorzuhalten; viele derselben haben das Glück, schon frühzeitig ihre geistigen Fähigkeiten dem practischen Leben anzupassen und erreichen ihren Zweck in der durchwegs glücklichen Wahl ihres Lebensgefährten. Nichts desto weniger treten auch in Hymen's glücklichen Banden nicht geahnte Lebenswahrheiten zu Tage und Gelegenheiten zu Uebungen in Selbstbekämpfung und Duldung finden sich häufig; selbst bei den günstigsten äusseren Verhältnissen und bei der vollendetsten psychischen Harmonie hat die ungerechte Mutter Natur, wie allbekannt, dem Weibe noch ganz besondere Lasten auferlegt. Ob und in wieweit ein allein stehendes, alterndes Fräulein Gemüthsaufregungen unterworfen ist, brauche ich wohl nicht zu erörtern. Aus diesen Andeutungen erfliessen zur Genüge die ausserordentlichen Bewegungen in Geist und Gemüth des Weibes, wodurch das Nervensystem zu

Functionsstörungen geneigter wird. Eine Prädisposition zur Hysterie in der eigenthümlichen Organisation und einer damit zusammenhängenden eigenthümlichen Thätigkeit des gesammten Nervensystemes anzunehmen, muss demnach wohl angenommen werden. Niemeyr sagt in der 7. Auflage seiner Pathologie und Therapie Bd. II. pag. 422: — „ich nehme keinen Anstand auszusprechen, dass eine angeborne oder erworbene Anlage zur Hysterie bei der Entstehung der Krankheit eine viel wichtigere Rolle spielt, als alle bisher besprochenen Momente.“ Freilich findet sich diese Prädisposition nur bei jenen Kranken, bei welchen entweder die oben angeregte psychische und moralische Einwirkung in ausserordentlicher Intensität statt hatte oder aber, wo die Widerstandsfähigkeit dagegen von Natur aus, d. h. von Kindheit an eine sehr geringe war.

Werden aber Alle, die eine hysterische Prädisposition haben, mit der Zeit hysterisch? Nein, sondern nur diejenigen, bei welchen bestimmte Gelegenheitsursachen die schlummernde Krankheit zum Ausbruche bringen.

Welches sind nun jene occasionellen ätiologischen Momente? Ich will sie der Reihe nach näher besprechen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Krankheiten im Bereiche der weiblichen Sexualorgane die häufigste Veranlassung zum Ausbruche der Hysterie darstellen. Seit Hippokratis Zeiten wurde fast von jedem Beobachter die Wahrnehmung gemacht, dass gewisse Thätigkeiten sowie Veränderungen des Uterus sympathische Reizungen in verschiedenen Nervenbezirken hervorrufen und nicht selten hört man auch heut zu Tage noch, dass Heirathen und Mutterwerden die erfolgreichste Therapie gegen die Hysterie sei. Durch die grossen Fortschritte, welche in den letzten Jahrzehnten in der Nervenphysiologie einerseits und in der Gynäkologie andrerseits gemacht wurden, haben die krankhaften Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane eine strengere Prüfung erfahren und wurde deren nachtheiliger Einfluss auf die Funktionen des Nervensystemes gründlicher verfolgt. Es ist nun sicher constatirt, dass ausser dem erkrankten Uterus auch Affectionen der anderen Geschlechtsorgane unter gegebenen Verhältnissen die in Rede stehende Neurose hervorrufen können und dass die einzelnen Krankheiten des zuerst genannten Organes bei der Pathogenese der Hysterie eine differente Rolle spielen. Man würde allerdings zu weit gehen, wollte man bei allen Fällen von Hysterie einen aetiologischen Zusammenhang derselben mit Geschlechtskrankheiten annehmen; ja man ist nicht einmal berechtiget, vorhandene Sexualleiden bei Hysterischen stets als die Gelegenheitsursache anzusprechen. Bei einer grösseren Anzahl Hyste-

rischer (bei ungefähr 20 %) finden wir weder anatomische Veränderungen noch Functionsstörungen im Sexualapparate; ferner leiden unter den geschlechtskranken Frauen nur an 25 % an exquisirter Hysterie: aber nichts desto weniger ist der aetiologische Zusammenhang zwischen Geschlechtskrankheiten und Hysterie zweifellos und wird von allen Gynäkologen und Neurologen als richtig angenommen. Es kann doch kein Zufall sein, wenn mindestens jede vierte mit einem Sexualübel behaftete Frau an exquisiter Hysterie leidet, wie dies durch die Statistik sicher nachgewiesen ist. Ferner treten bei einer grossen Anzahl von Kranken die ersten hysterischen Krämpfe um die Zeit der Pubertät auf, oder es werden dieselben während der jedesmaligen Periode verschärft, wenn sie nicht ausschliesslich während derselben vorkommen. Endlich kann jeder gynäkologische Practiker die angenehme Erfahrung bestätigen, dass Hysterische, welche mit einem Sexualleiden behaftet waren, trotz aller gegen die Hysterie angewendeten innerlichen Mittel, Bäder u. a. m. oft nach mehrjähriger Behandlung nicht bloss nicht gebessert wurden, sondern dass sich die Hysterie noch mehr entwickelte, während eine nachher eingeleitete erfolgreiche Behandlung des Sexualleidens die hysterischen Erscheinungen in verhältnissmässig kurzer Zeit wesentlich verminderte oder ganz beseitigte. Auch bei Psychosen, denen ein Geschlechtsleiden zu Grunde liegt, erweist sich nach von Gudden's und Hergt's zuverlässigen Erfahrungen die Berücksichtigung der Indicatio causalis als die beste Therapie. —

Aus praktischen Gründen will ich nun zuerst die Frage beantworten, wie sich der Einfluss der Geschlechtsleiden im Allgemeinen auf die Entstehung der Hysterie erklären lässt, und dann die casuistischen Verhältnisse bei den einzelnen Sexualleiden in's Auge fassen.

Bekanntlich tritt bei vielen Frauen zur Zeit der Menstruation eine allgemeine Hyperästhesie und ein gewisser Grad von Verstimmung auf, was man als physiologisches Analogon zu den durch Genitalienerkrankung bedingten Erscheinungen der Hysterie betrachten kann, so dass schon dadurch eine Rückwirkung der in Folge von Sexualleiden gereizten sensiblen Fasern auf die Centralorgane sich annehmen lässt. Schwer oder geradezu unmöglich erscheint es aber, die Ausdehnung des Einflusses der erkrankten Geschlechtsorgane auf das Nervensystem näher zu bestimmen, da ja, wie schon früher festgestellt, eine hysterische Prädisposition vorausgesetzt werden muss, wenn die Genitalleiden eine pathogenetische Wirkung äussern sollen und ausserdem bei dem Ausbruche der Hysterie meistens verschiedene begünstigende Momente zusammenwirken. Es mögen sich Neuralgieen und convulsivische Symptome, als von den Genitalien reflectirt, sehr

häufig zeigen, aber die Hysterie in toto dürfte selten ohne wesentliche Unterstützung durch andere Potenzen reflectorisch hervorgerufen werden.

Charcot behauptet, bei stärkerem Drucke auf die Ovarialgegend eine vollständige Aura hysterica hervorrufen zu können, wie sie beim Herannahen von Krisen entsteht. Bei länger fortgesetztem Drucke würde dann Herzpalpitation mit excessiver Pulsfrequenz eintreten und endlich würde sich im Halse die Empfindung des Globus hystericus entwickeln. Soweit gehen auch die Anschauungen von Schützenberger, Skey, Négrier, Piorry u. A. Charcot will aber ausserdem im Zusammenhang damit noch cephalische Störungen beobachtet haben. So trat bei Compression des linken Ovariums intensives Zischen im linken Ohre ein, dann ein Gefühl von Hammerschlägen in der linken Schläfengegend, endlich beängstigte eine ausgesprochene Umnachtung des Gesichts, namentlich am linken Auge, die Kranken. Drückt man, behauptet Charcot weiter, anstatt auf den linken Eierstock auf den rechten, so stellen sich dieselben Phänomene in den entsprechenden Regionen der rechten Seite ein. Endlich soll es bei weiterer Verlängerung des Druckes zum Ausbruche von allgemeinen Krämpfen kommen. Dieser Autor will aber auch ausgebrochene hysterische Convulsionen durch intensive und anhaltende Ovariencompression beseitigen.

Meine Versuche stimmen mit denen Charcot's nicht überein, indem es mir nur in wenigen Fällen von Hysterie gelang, durch Druck auf die Ovarialgegend hysterische Paroxismen einzuleiten und ich nie im Stande war, durch forcirten Druck an dieser Stelle einen hysterischen Anfall abzukürzen. Man kann die Ovarien übrigens natürlich nur indirect drücken und findet dabei eine bedeutende Zerrung und Spannung der Bauchdecken, des Peritoneums und der Gedärme statt, so dass neben der Reizung der Ovarien auch eine solche der Umgebung nicht zu vermeiden ist; ferner kenne ich mehrere Fälle, bei welchen ein Druck auf das Epigastrium, eine stärkere Reizung der Scheide oder des Cervicalcanales durch Sondiren, Aetzungen, ja schon durch einfaches Touchiren mit dem Finger einen hysterischen Anfall hervorrief, so dass die Anregung von Reflexerscheinungen von den verschiedensten Organen des Unterleibes aus stattfinden kann. Wenn wir ferner bedenken, dass die Unterleibsleiden, namentlich Leber-, Magen- und Darmleiden, Würmer, Hämorrhoiden etc. die psychische und physische Empfindlichkeit steigern, so erscheint es nicht ausserordentlich, wenn Krankheiten der Sexualorgane, von welchen die Frauen in so vielfacher Beziehung moralische und physische Nachtheile fürchten und oft auch erleiden, alterirend auf die Functionen des Nervensystemes einwirken und

daher als ätiologische Momente der Hysterie eine hervorragende Rolle spielen.

Sehr verbreitet ist die Anschauung, dass durch Ernährungsstörungen und mangelhafte Blutbildung, welche in Folge von Genitalienleiden sich geltend machen, die Erscheinungen der Hysterie bedingt werden. Wir verweisen auf unsere früheren Auseinandersetzungen über die ätiologische Bedeutung der Anämie bei der Hysterie.

Was nun das Häufigkeitsverhältniss der mit der Hysterie in Causalnexus stehenden Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane oder mit anderen Worten den Einfluss anlangt, welchen die Geschlechtskrankheiten auf die Entstehung der Hysterie ausüben, so lässt sich darüber im gegenwärtigen Augenblicke schwer und nur mit grösster Vorsicht urtheilen, weil bei Beantwortung dieser praktisch so wichtigen Frage Momente mit in Betracht kommen, welche nicht bei jedem Gynäkologen die gleiche Würdigung erfahren. Vor Allem muss man sich über die Frage klar werden: Welche Fälle müssen vom praktischen Standpunkte aus als hysterische betrachtet werden? Von einigen Gynäkologen und Neurologen — und ich gehörte früher auch zu dieser Gruppe — werden leichtgradige Störungen der Sensibilität und der psychischen Functionen, welche die in Rede stehende Neurose häufig einleiten, mit oder ohne Verbindung mit unbedeutenden Anomalien in der Motilität für Hysterie gehalten. Solche Fälle kommen ausserordentlich häufig nicht bloss bei Frauen, sondern auch bei Männern vor und erweisen sich auch bisweilen als Anfänge der Hysterie, während sie ungleich häufiger als transitorische Erregungszustände erscheinen, welche durch anhaltende stärkere Gemüthsaufregungen oder anstrengende geistige Thätigkeit hervorgerufen wurden und mit dem Aufhören der letzteren entweder allmählich sich vermindern oder ganz verschwinden. Würde man alle diese Fälle in die Kategorie der hysterischen einreihen, so würde die Zahl der letzteren in erschreckender Weise vergrössert erscheinen und würde man in denselben Fehler verfallen, wie ein Psychiater, welcher eine in anhaltenden Depressionszuständen sich befindende Kranke, die dabei ungestört ihrem Berufe nachkommt, für einen Fall von Melancholie erklären oder einen mit grossartigen Plänen sich tragenden und mit unmotivirtem Selbstbewusstsein auftretenden Menschen als an Grössenwahn leidend betrachten würde. Meines Erachtens kann man nur jene Fälle mit vollem Rechte als hysterische ansprechen, bei welchen nicht bloss die gedachten Erscheinungen in höherem Grade zu Tage treten, sondern auch zeitweise Paroxismen sich einstellen in Folge krankhaft gesteigerter Thätigkeit der motorischen

Nerven — allgemeine Convulsionen, Oesophagismus, Singultus, Lach- und Wein- oder Singkrämpfe, hartnäckiger, kurzer, trockener Husten mit bellendem Geräusche ohne irgendwelche materielle Veränderung in den Lungen, Glottiskrampf u. A. m. — Ferner kommen hier die psychischen Zustände in Betracht, welche als hochgradige Erregbarkeit, Wandelbarkeit der Stimmung und häufig zu Tage tretende Collision mit der Umgebung sich manifestiren. Hier haben wir das für die Hysterie charakteristische Hervortreten auffallender krankhafter Erscheinungen und den ihr eigenen Wechsel derselben. Wenn wir nun ausschliesslich diese Fälle als wirklich hysterische gelten lassen, so vermindert sich die Anzahl derselben in sehr bedeutendem Grade. Es ist aber eine solche Ausscheidung der zweifelhaften, besser gesagt, nicht wirklichen Fälle von Hysterie unbedingt nothwendig, weil nur dadurch ein gründliches Studium der Aetiologie der in Rede stehenden Neurose ermöglicht wird.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Taxirung der ätiologischen Momente der Hysterie ergibt sich aus der unbestreitbaren Thatsache, dass die Hysterie bei der gebildeten, unter besseren socialen Verhältnissen lebenden Klasse — also bei den Städtern — viel, man kann sagen, dreimal häufiger vorkommt, als in niederen Ständen oder auf dem Lande, wo, wie früher auseinandergesetzt wurde, Erziehung und Lebensweise mit den körperlichen und geistigen Bedürfnissen des Individuums viel mehr in Einklang zu bringen sind, als bei der ersteren Klasse von Menschen, bei welchen, abgesehen von der ungünstigen hereditären Anlage, den Nerven mehr zugemuthet wird, als sie ertragen können. Wenn nun ein Arzt vorzugsweise seine Clientel in den gebildeten Ständen hat, so wird er ceteris paribus ungefähr dreimal so viel Hysterische behandeln, als ein Arzt, dessen Praxis sich fast ausschliesslich aus der niederen Klasse rekrutirt. Aus den vorstehenden Erörterungen geht daher zur Evidenz hervor, dass die Statistik einerseits von der Ausdehnung des Begriffes der Hysterie, andrerseits von dem Bildungsgrad und Stand der behandelten Kranken im Allgemeinen abhängig ist.

Die wesentlich veränderte Statistik über Hysterie in dieser Auflage meiner Monographie gegenüber der ersten lässt sich daher einerseits aus der nun von mir nöthig erachteten Beschränkung des Begriffes der Hysterie, andrerseits aus dem Umstande erklären, dass mir 1868, also in dem Jahre des Erscheinens meiner Monographie, die Leitung der gynäkologischen Poliklinik übergeben wurde. Was den ersten Punkt anlangt, so hatte ich es früher nahezu ausschliesslich mit gynäkologischen Kranken aus den besseren Ständen zu thun, bei welchen, wie oben auseinandergesetzt, einerseits die Hysterie

ungleich häufiger vorkommt als bei den niederen Klassen des Volkes, andrerseits die Unterscheidung von Hysterie und Nervosität dadurch wesentlich erschwert, oft geradezu unmöglich gemacht wird, dass die Kranken die Erscheinungen der somatischen und psychischen allgemeinen Hyperästhesie mit grosser Ausführlichkeit und Uebertreibung darstellen. Wenn nicht mehrjährige Erfahrung den Arzt in diesen Fällen vor Täuschung sicher stellt, so wird er dadurch mehr Hysterische notiren, als er beobachtet hat. So habe auch ich früher manche Kranke für hysterisch gehalten, welche nach meiner gegenwärtigen Auffassung nur als „nervös" betrachtet werden kann. Ferner gründet sich die bedeutende relative Verminderung der Hysterischen in meiner Statistik darauf, dass ich seit fünf Jahren als Vorstand der gynäkologischen Poliklinik neben den Kranken aus der besseren Klasse, nahezu eben so viele aus dem arbeitenden Stande behandelt habe. Es ergeben sich daher folgende statistische Resultate:

Während von den in der ersten Auflage angeführten 408 Geschlechtskranken, welche allerdings nahezu ausschliesslich den besseren Ständen angehörten, 252 oder 61,7% hysterische Erscheinungen darboten, d. h. an Hysterie im weiteren Sinne des Wortes litten, finden sich unter den seit 1868 poliklinisch oder in der Privatpraxis von mir behandelten 780 gynäkologischen Kranken nur 164 oder 21,0% Fälle von exquisiter Hysterie. Von diesen 780 Fällen zählen 430 zur Privatpraxis und gehören nahezu ausschliesslich der besseren Klasse an, während die restirenden 350 Fälle in der gynäkologischen Poliklinik behandelt wurden. Von den 430 Kranken litten 119 oder 27,4% an ausgesprochener Hysterie, von den poliklinisch behandelten 350 Fällen nur 42 an ausgesprochener Hysterie und 3 an Psychosen oder 12,8%.

Um nun den Einfluss der verschiedenen Geschlechtskrankheiten auf die Entstehung der Hysterie übersichtlich darstellen zu können, dürften folgende Zusammenstellungen nothwendig erscheinen:

Von den 430 gynäkologischen Kranken, welche ich in den letzten 5 Jahren in der Privatpraxis behandelte, litten an

Mangelhafter Entwicklung oder mangelhaften Functionen des Uterus	13,	davon hyster.	8	oder	61,5%
Retroversio oder Retroflexio uteri	27,	„ „	9	„	33,3%
Descensus uteri	54,	„ „	17	„	31,4%
Chlorose oder Anämie . . .	16,	„ „	5	„	31,2%

Chronischer Metritis und Endometritis mit oder ohne Ulcerationen an der Portio vaginalis	207,	davon hyster.	57	oder	27,5%
Involutio uteri incompleta . .	4,	„ „	1	„	25,0%
Erkrankungen der Ovarien (chron. Oophoritis, Ovarientumoren)	34,	„ „	8	„	23,5%
Fibroide, fibröse oder Schleimpolypen des Uterus . . .	15,	„ „	3	„	20,0%
Anteversio oder Anteflexio uteri	32,	„ „	6	„	18,7%
Prolapsus uteri	11,	„ „	2	„	18,1%
Carcinoma uteri	17,	„ „	3	„	17,6%

Von den 350 in der gynäkologischen Poliklinik behandelten Kranken litten an

Mangelhafter Entwicklung oder mangelhaften Functionen des Uterus	13,	davon hyster.	5	oder	38,4%
Descensus uteri	42,	„ „	8	„	20,0%
Retroversio oder Retroflexio uteri	26,	„ „	5	„	19,2%
Erkrankungen der Ovarien (chronische Oophoritis, Ovarientumoren	6,	„ „	1	„	16,6%
Anteversio oder Anteflexio uteri	30,	„ „	4	„	13,3%
Fibroide, fibröse oder Schleimpolypen des Uterus . . .	8,	„ „	1	„	12,5%
Chronische Metritis und Endometritis mit oder ohne Ulcerationen an der Portio vaginalis	132,	„ „	14	„	10,6%
Chlorose oder Anämie . . .	29,	„ „	3	„	10,3%
Involutio uteri incompleta . .	13,	„ „	1	„	7,6%
Prolapsus uteri	28,	„ „	2	„	7,1%
Carcinoma uteri	23,	„ „	1	„	4,3%

Wenn man beide Kategorien zusammenfasst, ergeben sich folgende Verhältnisse:

Mangelhafte Entwicklung oder mangelhafte Functionen des Uterus	26,	davon hyster.	13	oder	50,0%
Retroversio oder Retroflexio uteri	53,	„ „	14	„	26,4%
Descensus uteri	96,	„ „	25	„	26,0%

Ovarienkrankheiten (chronische Oophoritis, Ovarientumoren)	40,	davon hyster.	9	oder	22,5%
Chronische Metritis und Endometritis mit oder ohne Ulcerationen an der Portio vaginalis	339,	„ „	71	„	20,9%
Chlorose oder Anämie . . .	45,	„ „	8	„	17,7%
Fibroide, fibröse oder Schleimpolypen des Uterus . . .	23,	„ „	4	„	17,3%
Anteversio oder Anteflexio uteri	62,	„ „	10	„	16,1%
Involutio uteri incompleta . .	17,	„ „	2	„	11,7%
Prolapsus uteri	39,	„ „	4	„	10,2%
Carcinoma uteri	40,	„ „	4	„	10,0%

Betrachten wir nun den Einfluss der einzelnen Geschlechtskrankheiten auf die Entstehung der Hysterie mit Rücksicht auf die vorstehenden Zusammenstellungen näher, so finden wir, dass die mangelhafte Entwicklung des Uterus oder die mangelhafte Thätigkeit desselben als die wichtigste Gelegenheitsursache erscheint und dass sich an dieselbe der Wichtigkeit nach der Descensus uteri, die Retroversio oder Retroflexio uteri, die Erkrankungen der Eierstöcke, die chronische Metritis und Endometritis mit oder ohne Ulcerationen, dann die Chlorose und Anämie mit Amenorrhoe oder Dysmenorrhoe, die Fibroide und fibrösen oder Schleimpolypen des Uterus, endlich der mangelhaft zurückgebildete Uterus, sowie der Prolapsus uteri anschliessen. Als die seltenste Gelegenheitsursache zur Entstehung von Hysterie muss der Gebärmutterkrebs betrachtet werden. Die eben angegebenen Verhältnisse entsprechen gemeinhin auch jenen, welche sich aus meinen früheren Beobachtungen ergeben haben.

Da die damals von mir behandelten Geschlechtskranken, wie sie in der ersten Auflage zusammengestellt sind, vorzugsweise den besseren Ständen angehörten, während ich seit 1868 durch Uebernahme der gynäkologischen Poliklinik ebenso viele Kranke aus den niederen Ständen behandelte, so musste schon desshalb das Procentverhältniss der Hysterischen damals ein grösseres sein, als gegenwärtig; ausserdem habe ich aus weiter oben entwickelten Gründen nur Fälle mit exquisiten Erscheinungen als hysterische registrirt, folglich auch dadurch das Procentverhältniss von Geschlechtskranken und Hysterischen in der Weise verändert, dass die Zahl der in Folge von Geschlechtskrankheiten an Hysterie Erkrankten um mehr als das Doppelte vermindert wurde. Während ich daher in der ersten Auflage unter 386 an Uterusaffectionen Erkrankten 252 oder 61,7% als mit hysterischen Erscheinungen Behaftete constatirte, fand ich unter den

780 seit dem Jahre 1868 behandelten gynäkologischen Kranken, wie oben angegeben, nur 164 oder 21,0% Fälle von ausgesprochener Hysterie. Wenn ich nun bei diesen früheren Kranken den Begriff der Hysterie ebenso einenge, wie ich dies bei den seit 1868 beobachteten gynäkologischen Kranken gethan habe, so muss ich mit Rücksicht darauf, dass ich damals, wo ich der gynäkologischen Poliklinik noch nicht vorstand, also vorzugsweise Kranke aus den besseren Ständen in Behandlung hatte, die an Hysterie Erkrankten um die Hälfte d. h. von 61% auf ungefähr 30% reduciren. Stelle ich nun die in entsprechender Weise reducirten, in Folge von Geschlechtskrankheiten oder Chlorose oder Anämie bis zum Erscheinen der ersten Auflage 1868 an Hysterie Erkrankten und von mir Behandelten mit den seit diesem Jahre beobachteten Fällen zusammen, so ergibt sich folgende Statistik:

478 gynäkologische Fälle (welche bis zum Jahre 1868 behandelt wurden), davon waren hysterisch 154 oder 32,2%;

780 gynäkologische Fälle (welche von 1868 bis 1874 behandelt wurden), davon waren hysterisch 164 oder 21%, in summa 1258 gynäkologische Kranke, wovon 318 oder 25,2% hysterisch waren.

Ich will nun den Einfluss der einzelnen Geschlechtskrankheiten auf die Entstehung der Hysterie näher besprechen und dabei meinen Auseinandersetzungen ausschliesslich meine Beobachtungen vom Jahre 1868 bis 1874 zu Grunde legen.

Vor Allem muss hier auffallen, dass ich unter den 77 Fällen von Uteruskrebs — 37 beobachtete ich bis zum Jahre 1868, 40 seither — nur 4 Fälle von Hysterie constatiren konnte, während in 4 Fällen, bei welchen mehrere Jahre hindurch zweifellose Erscheinungen von Hysterie, Lach- und Weinkrämpfe, somatische und psychische Hyperästhesie u. s. f. vorhanden waren, diese mit dem ersten Auftreten der bösartigen Neubildung gewichen sind. Georget hat nie einen Fall von Hysterie mit Uteruskrebs combinirt beobachtet; auch andere Autoren haben nur wenige derartige Fälle gesehen, so dass die pathogenetische Bedeutung des Uteruskrebses bei Hysterie gleich Null ist.

Für die Aetiologie der Hysterie halte ich diese Thatsachen für sehr bedeutungsvoll, denn wenn die durch Anämie und Hydrämie hervorgerufenen Ernährungsstörungen des gesammten Nervensystemes als das Wesen der Hysterie betrachtet werden, wie dies von mehreren Autoren geschieht, so muss es in hohem Grade überraschen, bei der Blutdissolution und dem Marasmus von Krebskranken hysterische Erscheinungen zu vermissen. Wie sollen wir uns die Thatsache der höchst seltenen Combination von Uteruskrebs mit Hysterie erklären? Sollten denn die Leiden dieser so gefürchteten Krankheit

eine genügende Ableitung der psychischen Thätigkeit bewirken und dadurch die Hysterie ferne halten? —

Prolapsus uteri incompletus und completus mit Hysterie haben wir nur 7,9% bei 63 Fällen beobachtet, während die Descensus uteri oder Semiprolapsus (Levret), wobei der Uterus noch innerhalb der Scheide sich befindet, 37 Hysterische oder 27,2% bei einem Beobachtungsmaterial von 136 Fällen ergaben. Wie erklären wir uns diese ausserordentlich grosse Differenz der nur graduell verschiedenen Arten von Hysteroptosis in der Einwirkung auf das Nervensystem? Warum bedingt gerade der leichtere Grad der in Rede stehenden Lageabweichung, der Descensus (Fallingdown) so häufig Hysterie, während der höhere Grad, Prolapsus (bearing down of the womb) so selten diese Krankheit veranlasst? Eine genauere Betrachtung der speciellen pathologisch-anatomischen Eigenthümlichkeiten sowie die Berücksichtigung der Art der Entstehung dieser Leiden ist wohl zur Aufklärung dieses Verhältnisses nothwendig. Wir sehen von einem leichtgradigen Tiefstande des Uterus ab, wie derselbe bei Frauen, die schon öfter geboren haben, ohne lästige Erscheinungen in der Regel vorkommt und daher als eine physiologische Senkung aufgefasst werden muss und führen uns die Verhältnisse jener Formen von Lageveränderungen des Uterus nach unten vor Augen, welche wir ausgesprochene Descensus und Prolapsus uteri heissen. Bekanntlich wird der Uterus durch die breiten und runden Mutterbänder, durch die Scheide und das Perinaeum in seiner Lage erhalten; wenn nun diese Theile durch die physiologischen Vorgänge der Schwangerschaft und der Geburt oder durch Erkrankungen erschlafft, verlängert und erweitert werden, so verliert der Uterus den nöthigen Halt, so dass derselbe entweder durch seine eigene Schwere oder durch Einwirkung anderer Momente, z. B. der Bauchpresse allmählich sich senkt. Die günstigste Zeit hiezu ist das Puerperium. Wenn der Uterus in seiner Totalität mehr minder tief in die Scheide descendirt ist und der Zustand noch nicht lange dauert, zeigen sich seine Bänder sehr gespannt und elastisch und, in seine normale Lage zurückgebracht, bleibt derselbe häufig darin, wenn nicht neue Veranlassungen zur Recidive gegeben werden; aber bei längerem Bestande des Leidens, besonders unter ungünstigen äusseren Verhältnissen, werden die Bänder sehr bedeutend verlängert, büssen ihre Elasticität ein, wodurch der Grad der Beweglichkeit des Uterus — es kann derselbe bisweilen 5 Ctm. über seinen normalen Stand in der Bauchhöhle hinaufgeschoben werden — ein viel grösserer wird. Dabei wird die Portio vaginalis uteri durch die continuirliche, vom Scheidengewölbe auf den untersten Halstheil ausgeübte Zerrung sowohl

wegen des unmittelbaren Zusammenhanges der Mucosa beider Theile, als auch wegen des Uebergangs der Musculatur des Uterus in die Wandungen des Fornix vaginae allmählich nach aussen umgestülpt, wodurch der Muttermund klafft und eine oft 5 Ctm. breite Spalte bildet, an welcher sowie in der nächsten Umgebung nicht selten mehr minder tiefe Geschwüre sich bilden. Der Uterus ist entweder durch Hypertrophie vergrössert oder befindet sich im Zustande der chronischen Entzündung (Infarct), welch' letztere meist auf die Cervicalportion beschränkt bleibt. Die von den Bauchfellduplicaturen vor und hinter dem Uterus gebildeten Vertiefungen, Excavatio vesico- et recto-uterina, ragen weit in die Hysteroptosis hinein. Die erstere nimmt stets einen von der hinteren Blasenwand gebildeten Divertikel auf, während die vordere Wand des Rectum's nur sehr selten divertikelartig sich in die Excavatio recto-uterina einbuchtet. Die Vagina wird erweitert, durch Zerrung geglättet und invertirt. Da die Kystokele vaginalis in der Excav. vesico-uterina tief, oft bis zur Spitze der Geschwulst herabgezerrt wird, so erleidet dadurch die Urethra eine Sförmige Biegung und verläuft nahezu spitzwinklig in dem Divertikel. Wie man bei Obductionen sieht, wird die Serosa sowohl in der Excavatio vesico- als recto-uterina in verschieden grosser Ausdehnung durch Zerrung abgetrennt, wo dann gleichsam eine dritte Höhlung entstand, welche von der Blasenwand, der unteren Seite des Peritoneums und der invertirten verdickten Vaginalwand und dem lockeren Zellgewebe gebildet wird. Wenn man diese wesentlichsten anatomischen Verhältnisse berücksichtigt, so erklären sich die dadurch entstandenen Symptome in einfacher Weise. Freilich müssen sich diese sehr verschieden gestalten, je nachdem man es mit einer sich allmählich und langsam entwickelnden oder plötzlich entstandenen Hysteroptosis zu thun hat. Präcipitirte Prolapsus (durch Heben einer Last, heftigen Hustenanfall während des Puerperium's etc.) sind sehr selten und verursachen durch plötzliche Zerrung und veränderte Lage der Unterleibsorgane die heftigsten Schmerzen im Kreuze und in den Inguinalgegenden, hochgradige Auftreibung und Empfindlichkeit des Leibes bei Berührung, Kopfweh, Schwindel, Zittern, Ohnmachten, Erbrechen etc., wo es dann später zur Anschwellung, Entzündung der prolabirten Geschwulst kommt. Bei langsamer Entwicklung der Lageabweichung des Uterus nach abwärts zeigen sich bei den leichteren Graden der Senkung im Liegen und Sitzen überhaupt keine Beschwerden, während dieselben beim Gehen und Stehen entweder ebenfalls fehlen oder in einem zerrenden Gefühle des Unterleibes, Drängen nach abwärts (als wollte ein fremder Körper austreten) und leichten Kreuzschmerzen bestehen; ist der Uterus tiefer getreten bis

zum Introitus vaginae, also höherer Grad des Descensus, Semiprolapsus, so dass es zur Aufhebung der Vaginalportion und Inversion des Scheidengewölbes kam und der Blasen- beziehungsweise Mastdarmdivertikel mit herabgezogen wurde und die peritonealen Bänder eine bedeutende und andauernde Zerrung aushalten müssen, so klagen die Kranken über ein beständiges Gefühl von Völle und Schwere, Ziehen im Kreuze und den Leistengegenden, über Kreuzschmerzen, Obstipation, bisweilen auch über Ekel und Brechneigung, über häufigen Tenesmus mingendi, wobei es hie und da zur Entleerung von einigen Tropfen Urin kommt; diese Erscheinungen nehmen beim Gehen und Stehen oft so bedeutend zu, dass die Kranken meist nachgeben. Während der Menstruation, welche in der Regel verstärkt ist, sind die angegebenen Symptome noch quälender und die Kranken häufig ausser Stand, das Bett zu verlassen. Dabei zeigen sich häufig die lästigen Erscheinungen des Uterincatarrhes. Die Gemüthsstimmung wird dadurch sehr bald gedrückt, da die Kranken oft schon beim gewöhnlichen Gehen, immer aber bei stärkeren Bewegungen und körperlichen Anstrengungen an ihren Zustand erinnert werden und sie der Gedanke peinigt, dass sie trotz aller Selbstüberwindung nicht mehr zu den gewöhnlichen Beschäftigungen oder Bewegungen die nöthige körperliche Eigenschaft besitzen und so einerseits ihrer Pflicht nicht mehr nachkommen können und anderseits die gewöhnlichen Vergnügungen entbehren müssen. Diese tiefe Verstimmung des Gemüthes führt dann sehr bald zu psychischer und somatischer Hyperästhesie und anderen Erscheinungen der Hysterie.

Wenn der Descensus uteri, wie dies namentlich bei den niederen Volksklassen gewöhnlich der Fall ist, Jahre lang nicht behandelt wird, (da die Kranken bei solchen Leiden den Arzt scheuen und meist den Zustand aus falschem Schamgefühle sogar dem Ehemanne verschweigen), so entwickelt sich beinahe immer ein Prolapsus aus demselben, welcher anfänglich ein unvollkommener ist, (d. h. die Geschwulst ist vor den äusseren Genitalien sichtbar, aber zum grössten Theile noch in der Scheide liegend), später aber ein vollkommener wird, wo der ganze Uterus, in die invertirte Scheide und hintere Blasenwand (Blasendivertikel) eingehüllt, vor den äusseren Genitalien zu liegen kommt. Die mechanischen Beschwerden sind hier, so lange das Uebel nicht künstlich vermindert wird, beinahe stets sehr hochgradig, das Gefühl der Zerrung, der Schwere, die Schmerzen im Kreuze und in den Leistengegenden erreichen einen unerträglichen Grad; der Urin kann wegen der hochgradigen Kystokele vaginalis, der Verbiegung der Urethra nie mehr vollständig entleert werden, so dass die Kranken veranlasst sind, zum Zwecke des Uri-

nirens die prolabirte Geschwulst zu reponiren oder sich katheterisiren zu lassen. Bei längerer Dauer eines Prolapsus completus wirken ausserdem äussere Einflüsse — atmosphärische Luft, Benetzung der Geschwulst durch Urin, Reiben derselben durch die Kleider bei Bewegungen etc. — in der Weise schädlich, dass die invertirte Scheide, welche den äusseren Ueberzug des Prolapsus darstellt, den Charakter der Mucosa verliert, eine der äusseren Haut ähnliche Beschaffenheit erhält und sich häufig ulcerative und croupöse Entzündungen entwickeln; es kann selbst zu Gangrän kommen, wie Edwards einen Fall erzählt und in Folge dessen ein Theil oder der ganze Tumor — Bousset erzählt 3 derartige Fälle — abgestossen werden. Der prolabirte Uterus kann auch retroflectirt oder -vertirt, seltener antevertirt sein. Nicht selten bedingt der Zustand des hochgradigen Prolapsus starke Metrorrhagien und meist ein sehr peinliches, vom Magen und Darmkanal ausgehendes Ziehen, wodurch die beiden Bauchfelltaschen und Unterleibsorgane sehr tief dislocirt werden — Whyt glaubt einmal die Leber bis unter den Nabel, Schlinker den Pylorus bis in die Schamgegend herabgetreten beobachtet zu haben — hiedurch entsteht Appetitmangel, Erbrechen alles Genossenen; jede körperlich anstrengende Arbeit ist unmöglich und nur Rückenlage im Bette oder auf dem Sopha macht den Zustand erträglich.

Aus den eben gemachten Erörterungen geht hervor, dass die höheren Grade des Descensus und noch mehr aber der Prolapsus gemäss ihrer eigenthümlichen anatomischen Natur für die Kranken anhaltende, bedeutende Beschwerden hervorrufen und gewöhnlich früher oder später eine tiefe Verstimmung des Gemüthes sowie krankhaft erhöhte Reizbarkeit bedingen oder mit anderen Worten häufig ein begünstigendes Moment für den Ausbruch der Hysterie abgeben. Hiernach möchte man meinen, es müsste in Folge von Prolapsus ungleich häufiger zu den Erscheinungen der Hysterie kommen als in Folge von Descensus und doch zeigt, wie oben angegeben, meine Statistik das Gegentheil. Dieser Widerspruch erklärt sich aber in folgender Weise: Es ist durch umfangreiche statistische Zusammenstellungen festgestellt, dass der Prolapsus beinahe ausschliesslich bei der niederen Volksklasse vorkommt, da hier die Verhältnisse für das Zustandekommen dieser Affection am günstigsten sind, wie mangelhafte Pflege in puerperio, zu frühes Aufstehen und Arbeiten nach der Geburt, Tragen schwerer Lasten u. dgl. m. Dr. Karl Mayer, welcher unter 1440 an Geschlechtskrankheiten behandelten Frauen 498 an Prolapsus leidende zählte, constatirt, dass von diesen letzteren 470 oder 94,4% der ärmeren Klasse angehörten, während nur 28 oder 5,6% zur wohlhabenden Klasse gerechnet werden konnten.

Im Gegensatze zum Prolapsus kommt der Descensus uteri dem Arzte, dessen Praxis sich auf alle Klassen der Bevölkerung erstreckt, häufiger bei der höheren, als bei der niederen Klasse vor. Von 136 Kranken, die ich an Descensus behandelte, gehörten 79 oder 59,1% den Wohlhabenden, während nur 57 oder 40,9% zu den Aermeren gerechnet werden mussten. Von 63 Fällen von Prolapsus uteri aber waren nur 16 oder 25,3% den Wohlhabenden angehörig, während 47 oder 74,7% der ärmeren Klasse angehörten, deren Nervensystem widerstandsfähiger war.

Wir haben oben gehört, warum sich der Prolapsus beinahe als ein Privilegium der ärmeren Klassen darstellt; wir wollen nun erörtern, wesshalb in der ärztlichen Praxis im sicheren Gegensatze zur Statistik nach Sectionsbefunden der Descensus häufiger bei der wohlhabenden Klasse beobachtet wird, als bei der ärmeren. Die Frauen der niederen Klassen, die, wenn sie mehrmals geboren oder abortirt haben, aus denselben Gründen, wie wir sie beim Prolapsus angedeutet haben, in grosser Anzahl an Descensus uteri leiden, empfinden die unangenehmen Symptome desselben: Ziehen nach abwärts, Kreuzschmerzen, Urinbeschwerden u. s. f. nicht besonders, da ihr Nervensystem sich dagegen gemeinhin lange widerstandsfähig zeigt und sie durch ununterbrochene körperliche Thätigkeit und Geschäftssorgen psychisch von dem örtlichen Reize abgelenkt werden d. h. nicht Zeit haben, ihre Krankheitssymptome zu studiren und sie ganz zu empfinden; anderseits scheuen sie bei solchen Zuständen, welche sie übrigens leider meist in ihrer Bedeutung und ihren Folgen sehr unterschätzen, aus falschem Schamgefühle die Consultation eines Arztes und lassen sich lieber von Quacksalbern und Hebammen so lange curiren, bis zu ihrem grössten Schrecken der Prolapsus fertig ist. Sie leiden daher sehr häufig an ausgesprochenem Descensus, ohne es zu wissen oder zu ahnen.

Im Gegensatze zu dieser Klasse von Kranken befinden sich die wohlhabenderen Frauen, welche durch mehrere Entbindungen oder Abortus, durch anhaltende chronische Endometritis und Colpitis sowie durch eine bei ihnen nicht so selten zu beobachtende erbliche Anlage zu frühzeitiger Erschlaffung der Vagina und der Befestigungsmittel des Uterus den Leiden des Descensus verfallen. Verwöhnt durch die früheren, ungestörten Gesundheitsverhältnisse empfinden sie ein allmählich sich entwickelndes, lästiges Gefühl von Schwere im Unterleib, von Ziehen, Kreuzschmerzen namentlich beim Gehen und Stehen um so drückender; dazu kommen noch die Urinbeschwerden, die schleimige Absonderung u. s. f. Unter den trübsten Reflexionen über das frühere angenehme Leben und die wahrscheinliche Gestaltung der

Zukunft unter dem Einflusse des entdeckten Leidens steigern sich bei der ewig freien Zeit dieser Kranken die Erscheinungen, da das leidende Organ immer mehr die Aufmerksamkeit auf sich zieht und die schon vorhandene, gleichsam auf der Lauer stehende Hyperästhesie stets mehr zunimmt. Anfangs wird trotzdem ein Frauenarzt nicht consultirt; nach langem Schwanken wird der Hausarzt in das Geheimniss eingeweiht, da man von ihm eine Exploration nicht erwartet und nachdem durch langes Zögern und zweck- und nutzloses Medicinіren die Beschwerden einen hohen Grad erreicht haben, wird meistens erst ein Frauenarzt beigezogen, welcher in diesen Fällen sehr häufig in verhältnissmässig kurzer Zeit Unerwartetes leistet.

Einen kaum weniger günstigen Einfluss auf Hervorrufung hysterischer Erscheinungen übt nach meinen Beobachtungen der Zustand der mangelhaften Entwicklung des Uterus oder mangelhafte Functionen eines normal entwickelten Uterus aus: bei 40 Fällen mit mangelhafter Entwicklung des Uterus zeigten 17 oder 42,5% entschiedene Symptome der Hysterie. Wie bekannt, wird die Entwicklung des Uterus häufig durch constitutionelle Krankheiten wie Scrophulose, Chlorose aufgehalten; es ist dies entweder der Fall bei zarten, schwächlichen Individuen, gleichzeitig mit mangelhafter Entwicklung der Ovarien, der Brüste, wo dann entweder vollständige Amenorrhöe vorhanden ist oder sich nur mangelhafte Menstrualblutung zeigt; oder es sind im Gegentheile ganz kräftige, plethorische und sehr gesund aussehende Individuen, welche bei der Untersuchung einen nur schwach entwickelten Uterus zeigen und auch schwach menstruirt sind. Die gestörten sexuellen Functionen, wie sie sich namentlich zur Pubertätszeit zeigen, üben auf die Thätigkeit des Gesammtnervensystems einen entschieden nachtheiligen Einfluss aus, so dass man sie wohl für viele Fälle als veranlassende Momente der Hysterie gelten lassen muss; andrerseits darf hier der Umstand nicht unterschätzt werden, dass Frauen, welche an dem in Rede stehenden Gebärmutterübel leiden, häufig nicht die natürlichen Sensationen beim Coitus haben, sich darüber und über die fast immer vorhandene Sterilität grämen, vom Manne oft desshalb mit unzarten Reden misshandelt werden und so beinahe fortwährend in einem Zustande von Unzufriedenheit und Aufregung leben, aus dem sich allmählich eine allgemeine psychische Hyperästhesie leicht herausbilden kann. Bei 3 Fällen von mangelhafter Entwicklung des Uterus war der Coitus reizlos, in 4 Fällen trat Schmerz, Hyperästhesie auf und in einem Falle selbst klonische Krämpfe.

Bei der chronischen Metritis, Endometritis mit und ohne Ulceration, welche zu den häufigsten aller Uteruskrankheiten

und überhaupt der Geschlechtskrankheiten zählen, beobachteten wir unter 491 Fällen 106 oder 21,5% mit exquisit hysterischen Symptomen. Es treten, wie aus Vorstehendem klar ersichtlich, bei der chronischen Metritis und Endometritis beinahe eben so häufig die Symptome der Hysterie auf wie bei Descensus uteri. In der That aber haben beide Affectionen viele die Kranken belästigende Symptome gemein, und sind dieselben auch sehr häufig mit einander verbunden. So dürfte es nur wenige Fälle von Descensus ohne Combination mit chronischer Metritis geben. Sehr häufig pflanzt sich die chronische Entzündung des Uterusparenchyms auf die Mucosa fort; wir haben dann noch Endometritis und Salpingitis und in Folge dieser oder veranlasst durch die Circulationsstörungen der chronischen Metritis zugleich auch Exulcerationen des Cervix und der Portio vaginalis. Durch die Häufigkeit der Combination der eben erwähnten, für die Frauen sehr lästigen krankhaften Zustände mit dem chronischen Infarct ergibt sich ein grosser Complex von Symptomen, welche sehr drückend auf das Gemüth der Betroffenen wirken und häufig continuirliche Qualen darstellen. Solche Kranke klagen über ein beständiges Gefühl von Völle und Schwere im Unterleibe, über Drängen nach abwärts, als wollte ein grösserer Körper durch die Schamspalte hervortreten, über schmerzhaftes Ziehen im Kreuze und den Lenden; beim Gehen und Stehen exacerbiren diese Symptome und ebenso zur Zeit der Periode, meist etwas vorher und während derselben. Die lästige, die Frauen besonders deprimirende, mehr minder intensive Schleimabsonderung, Störungen der Menstruation und Beschwerden beim Uriniren und der Defäcation sind ebenfalls keine seltenen Accidentien dieser Krankheit.

Zu diesen mehr continuirlich auftretenden Erscheinungen gesellen sich in vielen Fällen von chronischer Metritis mehr transitorische, heftige, oft lancinirende Schmerzen in der Tiefe des Beckens, welche gegen den Anus, die Symphyse und die unteren Extremitäten ausstrahlen. Auch Mangel des normalen Wollustgefühles, ja sogar oft sehr intensive Schmerzen bei Ausübung des Coitus begleiten die chronische Metritis. Wenn schon die angegebenen Zustände genügen, selbst bei einer psychisch resistenten Frau, welche ausserdem in günstigen äusseren Verhältnissen lebt, um momentan und mit der Zeit anhaltend reizend auf das Gesammtnervensystem zu wirken und dessen Functionen krankhaft zu verändern, was lässt sich dann bei einer Frau erwarten, deren Psyche weniger widerstandsfähig, deren häusliche Verhältnisse Vieles zu wünschen übrig lassen, welche in Folge ihres Leidens kinderlos ist und sich desshalb für sich oder mit Rücksicht auf ihren Mann sehr unglücklich fühlt! Soll man sich da wundern, wenn es bei diesem Leiden so häufig zum Ausbruche

der Hysterie kommt? Ist es da noch nothwendig, die allerdings ziemlich häufig bei längerer Dauer des chronischen Infarctes hinzukommenden Verdauungsstörungen und Erscheinungen der Anämie zur Erklärung über das Entstehen der Hysterie beizuziehen?

Fibroide, fibröse Polypen und Schleimpolypen beobachtete ich 39, von denen 8 oder 20,5 % exquisit hysterische Erscheinungen darboten. Die wesentlichsten belästigenden Erscheinungen sind bei dieser Neubildung heftige periodisch auftretende Schmerzen im Unterleibe, Uteruskoliken, welche sich oft zu einer unerträglichen Höhe steigern und dadurch Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie allmählige Abmagerung bedingen, ferner die bedeutenden Metrorrhagieen, welche ebenfalls und meistens noch ergiebiger an den Kräften der Kranken zehren, so dass diese dadurch mit der Zeit hydrämisch und hydropisch werden; weiterhin sind die schleimigen und eiterartigen, beziehungsweise die als Zersetzungsproducte sich darstellenden jauchigen, übelriechenden Absonderungen, welch' letztere namentlich bei gangränescirenden Polypen beobachtet werden, hier anzuführen; endlich sind die mechanischen Beeinträchtigungen der Nachbarorgane bei grösseren Polypen und Fibroiden, die Lageabweichungen und Texturveränderungen des Uterus mit ihren Consequenzen in's Auge zu fassen, sowie die consensuellen Symptome der Ernährungsstörung, Blutveränderung etc. Diese verschiedenen, tief in den weiblichen Organismus eingreifenden krankhaften Verhältnisse müssen in ähnlicher Weise wirken, wie wir es beim chronischen Infarcte näher besprochen haben, und erklären die für die Hervorrufung der Hysterie günstige Beeinflussung des Nervensystemes.

Retroflexionen und Retroversionen des Uterus behandelte ich 111, von denen 29 oder 26 % entschieden hysterische Symptome zeigten; Anteflexionen und Anteversionen höheren Grades waren es 107 mit 18 oder 16,8 % an Hysterie Leidenden. Wenn es auch nicht ohne praktische Bedeutung wäre, die Flexionen und Versionen zu trennen, indem letztere höchst wahrscheinlich einen geringeren Einfluss auf die Hervorrufung der Hysterie ausüben als die ersteren, da sie in der Regel die Kranken weniger molestiren, seltener Endometritis und Salpingitis oder erhebliche Schmerzen, Uteruskoliken u. s. f. verursachen und auch nicht so häufig Sterilität bedingen wie die Flexionen: so muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass es so viele Fälle von Flexionen in Combination mit Versionen nicht bloss im anatomischen Sinne, sondern auch nach dem subjectiven Symptomencomplexe gibt, dass vor der Hand, wo über die Einwirkung der einzelnen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem so unendlich wenig Sicheres gegeben ist, vorsichtiger Weise

davon Umgang genommen werden muss, um Unrichtigkeiten zu vermeiden.

Im Allgemeinen bedingen die Retroflexionen und Retroversionen des Uterus häufiger Innervationsstörungen, weil sie auch intensivere Krankheitserscheinungen hervorrufen, als die Lageabweichungen des Uterus nach vorne. Es ist ja bekannt, dass am Sectionstische viel mehr Anteflexionen beobachtet werden als Retroflexionen, während der praktische Arzt viel mehr Retroflexionen als Anteflexionen in die Behandlung bekommt. Diesen scheinbaren Widerspruch klärt Virchow in der Weise auf, dass die Retroflexionen viel mehr unangenehme Erscheinungen bedingen als die Anteflexionen, daher Frauen, welche an ersteren leiden, ungleich häufiger sich an den Arzt wenden als solche, welche mit Anteflexionen behaftet sind. Die wesentlichsten, hier in Betracht kommenden Symptome zeigen sich als mechanische Beeinträchtigungen der Harnblase und des Mastdarmes, als Functionsstörungen derselben; ferner gesellt sich namentlich bei Flexionen chronische Metritis und Endometritis mit Uteruskoliken bei der Menstruation und Menorrhagieen hinzu und sind ausserdem häufig Schmerzen bei der Cohabitation durch den mechanischen Contact des mehr empfindlichen Uteruskörpers vorhanden.

Das häufige Vorkommen der Sterilität wurde schon hervorgehoben. Die Reflexionen hierüber mit Bezug auf die Einwirkung dieser krankhaften Zustände auf das Nervensystem ergeben sich aus den früher erwähnten, analogen Verhältnissen des chronischen Infarctes, der Fibroide und fibrösen Polypen.

Ovarientumoren und Erkrankungen der Ovarien überhaupt beobachtete ich 69, von welchen 14 oder 20,2 % an Hysterie litten. Gerade die grossen Tumoren, welche gemeinhin ein rasches Wachsthum zeigten, namentlich die Cystoide, Cystosarcome und Cystocarcinome boten in der Regel keine exquisit hysterischen Erscheinungen dar, während bei den einfachen Cysten und kleineren Tumoren — dann auch bei den einer sicheren Diagnose fast nie zugänglichen chronischen Oophoritiden — relativ viel häufiger die Symptome der Hysterie beobachtet wurden. Es scheint, als ob die Tumoren innerhalb des kleinen Beckens, welche allerdings auch mechanisch lästiger sind, als die wegen ihres grossen Umfanges in die Bauchhöhle getretenen, einen fortwährenden verstimmenden Reiz auf die Nerventhätigkeit der Kranken ausüben, indem sie auf Blase und Mastdarm drücken, Menstruationsstörungen etc. bedingen und dadurch mehr schaden als grosse in der Bauchhöhle gelegene Tumoren, vor denen die Eingeweide nach den Seiten hin ausweichen, bis endlich der

Magen so comprimirt und das Zwerchfell so hoch hinauf geschoben wird, dass wirklich lebensgefährliche Erscheinungen auftreten und der Tod mehr minder rasch erfolgt, so dass die Hysterie zu ihrer Entwicklung so zu sagen nicht mehr Zeit hat.

Von 99 an Chlorose Behandelten waren 23, also 23,2 % exquisit hysterisch. Es ist von wesentlicher Bedeutung, hier darauf aufmerksam zu machen, dass die Bleichsucht, mit seltenen Ausnahmen, eine gewisse Selbstständigkeit besitzt im Gegensatze zur Anämie und Hydrämie, welche ausschliesslich im Verlaufe und Gefolge anderer Krankheiten auftreten und ein secundäres Leiden darstellen. Die Bleichsucht entwickelt sich idiopathisch, ohne dass man eine Krankheit nachzuweisen vermag, welche diese anomale Blutbildung (Oligocythämie) veranlasst haben könnte.

Da mehrere Autoren Chlorose und Anämie als identisch betrachten und folglich den zwei differenten Anomalieen der Blutmischung gleichen Einfluss auf die Entstehung der Hysterie vindiciren, so muss ich hier die wesentlichsten anatomischen und sonstigen Eigenthümlichkeiten dieser beiden Krankheitszustände besprechen. Wenn wir mit Virchow das Blut als ein aus Zellen und einer flüssigen Intercellularsubstanz bestehendes Gewebe betrachten, so finden wir bei der Chlorose die zelligen Elemente des Blutes (Blutzellen, Blutkörperchen) bedeutend vermindert, so dass bei hochgradiger Bleichsucht 1000 Theile Blut statt des normalen Mittels von 130 Theilen nur ungefähr 50 Theile trockener Blutzellen enthalten; die Intercellularsubstanz, das Serum, ist dabei gewöhnlich normal, d. h. Eiweiss und Salze bieten keine constanten Abweichungen dar. Bei der Anämie und Hydrämie dagegen zeigt sich ausser der Armuth an Blutzellen auch das Serum arm an Eiweiss und wahrscheinlich reich an Salzen. Nur in den höchst seltenen Fällen, in welchen bei der Chlorose auch der Eiweissgehalt des Serums vermindert ist, nähert sich die chlorotische Blutmischung der hydrämischen. Während bei Chlorotischen das Unterhautbindegewebe normal, oft sogar übermässig stark entwickelt ist, findet man bei der chronischen Anämie, wie sie häufig bei latent verlaufenden Consumptionskrankheiten sowie im Verlaufe der verschiedenartigsten krankhaften Zustände, welche die Blutbereitung stören, auftritt, mit dem Bleichwerden der Hautdecken auch einen Schwund des Fettpolsters; ferner spricht die bleiche Färbung der Conjunctiva, der Lippen, Ohren und Wangen bei mangelndem Oedem der Füsse für die normale Constitution des Blutserum (Chlorose), während wir bei auffallend bleicher Färbung der allge-

meinen Decken und gleichzeitigem Vorhandensein von Oedemen beinahe ausnahmslos eine hydrämische Blutmischung annehmen dürfen.

Wie durch die Praxis ausser Zweifel gestellt, tritt die Chlorose bei Mädchen um die Zeit der Pubertätsentwicklung zwischen dem 12. und 20. Lebensjahre sehr häufig auf und lässt sich der ätiologische Zusammenhang zwischen der geschlechtlichen Entwicklung und der Bleichsucht, wenn auch derselbe nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft einer physiologischen Erklärung nicht zugängig ist, durchaus nicht leugnen. Ausserdem darf der Umstand nicht übersehen werden, dass mit oder ohne Zusammenhang mit Chlorose häufig mangelhafte Entwicklung des Uterus, des Herzens und nicht selten des Gesammtorganismus bei Bleichsüchtigen bestehen, dass die Oligocythämie beinahe ausschliesslich um die Pubertätszeit auftritt, wo Geist und Gemüth so zu sagen mit einem Male aufleben, wo am häufigsten geheime Sünden begangen werden und sich eine unpraktische oder schlechte Erziehung am meisten rächt. Es können daher manche Fälle von Hysterie auf andere Weise hervorgerufen werden.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die anomale Blutmischung unter gewissen Umständen die Hysterie zum Ausbruche bringen kann, ähnlich wie dies in mehr minder hohem Grade die verschiedenen Geschlechtskrankheiten bewirken; dass aber die Chlorose an und für sich Hysterie hervorruft, kann nicht angenommen werden. Um Wiederholungen zu vermeiden, verweisen wir auf die bei Besprechung der Anämie geltend gemachten Gründe, insoferne dieselben auf Blutanomalieen überhaupt, also auch auf Chlorose bezogen werden können. Man muss hier absehen von den leichteren Functionsstörungen des Nervensystemes, von der allgemeinen somatischen und psychischen Hyperästhesie u. a. m., wie sie bei der Chlorose sehr häufig vorkommen. Diese Erscheinungen sind nach meiner Definition des Begriffes der Hysterie keineswegs suffiziente diagnostische Kriterien für die in Rede stehende Neurose.

Sehr häufig treten bei Bleichsüchtigen Neuralgien namentlich im Bezirke des Trigeminus als Prosopalgie, Migraine — unter den von Valleix aufgeführten Points douloureux kommen besonders die dem Foramen supraorbitale, der vorderen Mündung des Canalis infraorbitalis und dem Foramen ovale entsprechenden Fälle in Betracht — auf und unter den neuralgischen Affectionen der inneren Organe sind es gewöhnlich Kardialgieen. Anästhesieen, Lähmungen und Krämpfe kommen bei Chlorotischen seltener vor. Noch müssen die bei ausgesprochener Bleichsucht fast nie fehlenden eigenthümlichen Gelüste (Picae) nach Kreide, Bleistiften, besonders Stearinkerzen, Kaffeeboh-

nen, Papier, Siegellack u. s. w. hervorgehoben werden, wie man auch bei Hysterischen eine besondere Vorliebe für gewisse, im Allgemeinen nicht besonders angenehme Dinge beobachtet.

Der Einfluss des Nachahmungstriebes auf die Entwicklung der Hysterie lässt sich in vielen Fällen mit Evidenz nachweisen, und sind darüber alle älteren und neueren Schriftsteller einig. Wir nehmen hier eine überwältigende Macht des psychischen Eindruckes bei vorhandener Prädisposition im Nervencentrum an. Meistens aber sind es schon leicht erregbare Individuen mit mangelhafter Willensenergie, die dieser Macht des psychischen Eindruckes verfallen. Wie leicht pflanzt sich in Versammlungen, Gesellschaften, Schulen ein vielleicht gerechtfertigtes Gähnen durch unwillkürliche Nachahmung fort, das Räuspern, Husten, bei Kindern selbst Schielen und Stottern! Und so beobachtet man auch ein weiteres Umsichgreifen der Formen von Convulsionen durch Nachahmung. Wird eine Kranke in einem Saale, der noch von mehreren anderen bewohnt wird, plötzlich von heftigen Convulsionen, gleichviel welcher Art, befallen, so ist es höchst wahrscheinlich und schon zum öfteren constatirt, dass nach und nach sämmtliche andere Kranke dieselben Krämpfe bekommen. Es ist kein Zweifel, dass manche von den Nachahmerinnen den Anfall durch die Willenskraft hätte verhindern können, allein sie wurde durch den gewaltigen Eindruck fortgerissen, bevor sie Zeit gehabt, an sich zu denken. Durch die Macht des psychischen Eindruckes und den dadurch wachgerufenen Nachahmungstrieb wird uns die epidemische Ausbreitung der Predigerkrankheit in Schweden, der Convulsionaires (St. Medard) in Frankreich, der Johannistänzer, der Convulsionen und Krämpfe der Teufelbesessenen etc. erklärlich. Religiöse Schwärmerei hatte hier den fruchtbarsten Grund gelegt. Scanzoni sagt: „Wem ist es nicht bekannt, dass eine hysterische Kranke im Stande ist, durch das Erschreckende und Auffallende der Paroxismen ganz analoge Anfälle bei ihrer weiblichen Umgebung hervorzurufen? Nur kurz wollen wir hier erwähnen, dass 7 von unseren 217 Kranken mit Bestimmtheit behaupteten, das Leiden durch Ansteckung von Frauen überkommen zu haben, welche sie während ihrer Anfälle warteten.“ Ich konnte unter 268 exquisit Hysterischen 15 Fälle von imitatorischer Hysterie constatiren. Bei der in Rede stehenden Neurose dürfte wohl neben der mangelnden Willensenergie dem psychischen Eindrucke gegenüber auch der wohl bewusste Wunsch, Aufsehen zu erregen und das Interesse zu fesseln, als nicht zu unterschätzendes Moment berücksichtigt werden.

Die bedeutendste Rolle in der Aetiologie der meisten Neurosen und insbesondere der Hysterie spielt die Heredität. Sie

wird fast von allen Autoren zugegeben; freilich bedarf dabei noch Vieles der Aufklärung, da die Forschungen hierüber grossen Schwierigkeiten begegnen. Es ist unter Umständen oft sehr schwer zu entscheiden, ob der Nachahmungstrieb beim Anblick hysterischer Paroxismen der Mutter oder die schlechte Erziehung bei der Tochter die Hysterie hervorgerufen hat, oder aber ob eine wirklich erbliche Anlage von der Mutter auf sie übergegangen ist. Indess finden wir bei Kindern, welche schon früh Waisen geworden oder fern von den Eltern in Instituten erzogen wurden, die Eigenthümlichkeiten der Eltern. Nicht die Krankheit selbst aber kann sich forterben, sondern nur die Disposition zu derselben, d. h. die Entwicklungsmöglichkeit; es hängt dann von verschiedenen Eventualitäten ab, ob die übertragene Krankheitsanlage sich mehr minder ausbildet, unter dieser oder jener Form sich äussert, oder ob glückliche Verhältnisse die Krankheitsanlage allmählig abschwächen und schliesslich ganz beseitigen. Es ist sehr schwer zu bestimmen, wie weit man zurückzugehen hat; soll man die Forschungen bis zu den Urgrosseltern, den Grosseltern oder nur bis zu den Eltern ausdehnen? Es dürfte praktisch sein, sich bloss über Eltern und Grosseltern zu unterrichten; über diese hinaus ist der Aufschluss meist nicht mehr zuverlässig. Ich habe durch die Anamnese bei 208 Fällen (unter 268 Hysterischen) über die fraglichen Verhältnisse bestimmten Aufschluss erhalten und konnte bei 165, also 76 % mit Bestimmtheit eine erbliche Disposition nachweisen, bei 43 Fällen war ein Anhaltspunkt zur Annahme der erblichen Anlage nicht gegeben. Nach Rosenthal können andere Nervenleiden und psychische Erkrankungen der Eltern, insbesondere der Mutter verwandte Zustände bei den Kindern und Hysterie bei den Mädchen heranreifen lassen.

In der Literatur sind nur wenige statistische Zusammenstellungen über die Heredität der Hysterie zu finden. Briquet hat durch grosse Zahlen zu beweisen gesucht, dass einerseits unter den Eltern von Hysterischen mindestens 25 pCt. sind, welche die Symptome von Hysterie, Epilepsie oder Geisteskrankheiten dargeboten haben, und dass anderseits die Nachforschungen über die erblichen Antecedentien jener Frauen, welche niemals hysterische Erscheinungen darboten, nur 2 pCt. nervöse Affectionen zeigten. Daraus resultirt, dass Kinder nervöser Eltern 12 mal mehr zu Neurosen disponirt sind, als solche von nicht nervösen Eltern. Jung sagt in seinen Untersuchungen über die Erblichkeit der Seelenstörungen: „Die Frauen haben die grössere Anlage, an ererbter Seelenstörung zu erkranken. Die wichtigste Gelegenheitsursache zum Ausbruch der ererbten Seelenstörung ist die Zeit des Mannbarwerdens bei beiden Geschlechtern.“ — Eulenburg

hebt den „unverkennbar bedeutenden Einfluss der Heredität“ hervor und nimmt an, dass das häufige Vorkommen von constitutionellen Neuropathieen bei bestimmten Familien wahrscheinlich auf congenitale, in der primären Anlage des centralen Nervenapparates begründete Anomalien zurückgeführt werden müsse.

Indem ich mich auf die ergänzenden Bemerkungen, welche ich bezüglich der hereditären Anlage bei der Besprechung des Wesens der Hysterie gemacht habe, zurückbeziehe, will ich noch eine hieher zielende Stelle Marcé's*) anführen: „L'hérédité joue une grande rôle dans la production de toutes les maladies constitutionelles, mais dans l'étiologie des neuroses son influence est tellement marquée, qu'on peut, sans hésiter, en faire un de leurs caractères spéciaux. Disons, dès à présent, que toutes les neuroses, quelles qu'elles soient, s'engendrent l'une l'autre, que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, la folie se retrouvent aux diverses générations et chez les divers membres d'une même famille et que cette filiation réciproque démontre l'identité de leur nature.“

Es ist eine unbestrittene, durch die Erfahrung ausser Zweifel gesetzte Thatsache, dass die Hysterie eine Neurose der Frauen ist und nur ausnahmsweise, aber sicher bei Männern vorkommt und zwar bei jenen, welche eine erbliche Anlage hiezu nachweisen lassen oder durch anhaltende Depressionszustände, durch sexuelle Excesse verunglückte oder verkommene Subjecte darstellen. Es muss die Disposition in der psychischen und physischen Eigenthümlichkeit des Weibes gelegen sein, denn sonst würde die in Rede stehende Neurose, welche desshalb auf den Namen „Gynäkoneurose“ Anspruch machen kann, nicht als ein Privilegium des zarteren Geschlechtes gelten.

Bezüglich des Lebensalters, in welchem die Hysterie auftreten kann, möchte ich Folgendes bemerken. Jene Lebensjahre, in welchen einerseits die Geschlechtsthätigkeit eingeleitet wird, anderseits sehr rege ist, wodurch, sowie durch die socialen Verhältnisse Körper und Geist vielfach in Anspruch genommen werden, häufig Geschlechtskrankheiten sich entwickeln und leicht die Seelenthätigkeit übermässig angestrengt wird, sind der fruchtbarste Boden für die Entwicklung der Hysterie. Es wäre aber gegen die Erfahrung, das Auftreten der Hysterie in so enge Grenzen zu verweisen; wie bekannt findet man dieselbe bei Kindern so gut wie im Greisenalter.

Im Gegensatze zu der sehr verbreiteten Ansicht, dass die Hysterie am häufigsten in der Zeit der Pubertätsperiode sich geltend mache, kann ich nach meinen eigenen Beobachtungen und Scanzoni's sta-

*) Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862 pag. 39.

tistischen Zusammenstellungen constatiren, dass das Leiden im reiferen Alter am häufigsten auftritt. Ich will nun Scanzoni's, Landouzy's und meine bezügliche Statistik hier folgen lassen.

Scanzoni fand bei 217 Fällen die Krankheit

unter	10	Jahren	4 mal,
von	10—15	„	13 „
„	20—30	„	64 „
„	30—40	„	78 „
„	40—50	„	44 „
„	50—60	„	11 „
„	60—65	„	3 „

Landouzy 351 Fälle

von	10—15	Jahren	48 mal,
„	15–20	„	105 „
„	20—25	„	80 „
„	25—30	„	40 „
„	30–35	„	38 „
„	35—40	„	15 „
„	40–45	„	7 „
„	45—50	„	8 „
„	50—55	„	4 „
„	55—60	„	4 „
„	60—65	„	1 „
„	65—85	„	1 „

Meine Statistik bezieht sich auf 268 Fälle von exquisirter Hysterie

von	8—15	Jahren	16 mal,
„	15—25	„	62 „
„	25–35	„	92 „
„	35—45	„	81 „
„	45–55	„	12 „
„	55—70	„	5 „

Nach Scanzoni's und meiner Statistik fällt der Beginn der Hysterie bei der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle zwischen das 25. und 35. oder 40. Lebensjahr, während nach Landouzy die Zeit vom 15. bis 25. Lebensjahre die günstigste ist.

Dr. Julius Althaus, Arzt am Royal Infirmary in London hat in der „Deutschen Klinik" No. 16. 1866 aus der medizinischen Literatur 820 Fälle zusammengestellt; unter diesen waren 71 unter 10 Jahre und 28 über 45 Jahre alt; leider wurden für die übrigen Lebensjahre keine Zahlen angegeben, sondern nur einfach constatirt, dass zwischen dem 15. und 20. Lebensjahre die Hysterie am häufigsten sei und dann stets abnehme.

Valentiner und mit ihm einige hervorragende englische und französische Aerzte nehmen dagegen um die Zeit der klimakterischen Jahre eine Steigerung in der Frequenz der Hysterie an. Aus Allem geht hervor, dass hier noch sehr divergirende Ansichten bestehen, welche sicherlich dadurch unterhalten werden, dass die einen Aerzte es mehr mit geschlechtskranken Hysterischen zu thun haben, während die anderen als Internisten die grosse Mehrzahl ihrer Fälle

in der Pubertätsperiode behandeln. Fortgesetzte genauere Statistiken werden auch über diesen Punkt aufklären.

Ueber das Auftreten der Hysterie bei Kindern von 8—15 Jahren darf man sich nicht wundern, da in derselben Lebenszeit auch andere Neurosen z. B. Eklampsie, Veitstanz und sogar Psychosen beobachtet werden. Und warum sollte die physiologische Thätigkeit des Nervensystemes in den verschiedenen Entwicklungsphasen nicht eben so gut Störungen erleiden können wie nach der vollständigen Entwicklung? Dass Psychosen bei höherer Entwicklung der Psyche leichter entstehen, versteht sich wohl von selbst.

Leubuscher*) sagt: „Leidenschaftliche Erregungen, Ehrgeiz, Furcht vor Strafe sind bei Kindern oft sehr mächtig und können um so mehr zu abnormen Handlungen antreiben, je weniger das Selbstbewusstsein, der Charakter, das Gefühl der Sittlichkeit sie im Zügel hält. So sind die Erfahrungen von Selbstmord bei Kindern selbst unter 7 Jahren nicht allzu selten u. s. f.“

Temperament und Körperconstitution üben keinen wesentlichen Einfluss auf die Disposition der Hysterie aus. Man beobachtet verhältnissmässig nicht mehr cholerische und melancholische Frauen unter den Hysterischen als unter den Nichthysterischen. Bezüglich der Körperconstitution wurde von uns schon früher die Thatsache constatirt, dass sehr häufig wohlbeleibte und kräftige Individuen, dann aber auch wieder heruntergekommene, magere, schwächliche Wesen von diesem Leiden befallen werden.

Ebenso wenig scheint das Klima auf die grössere oder geringere Disposition für Hysterie zu influenziren. Hysterische gibt es in allen Welttheilen und Ländern in Hülle und Fülle und wenn auch bei den südlichen Völkern und im Oriente von einem bedeutenden Plus derselben berichtet wird, so trägt hievon ganz sicher weniger das Klima, als die eigenthümlichen socialen Verhältnisse und die traurige Stellung der Frauen dortselbst, das Haremleben etc. die Schuld.

Die einflussreichsten prädisponirenden und häufig auch zugleich occasionellen Momente zur Entstehung der Hysterie ergeben sich aus der Erziehung und Lebensweise. Von der Erziehung hängt vorzugsweise die praktische Ausbildung des Geistes, die natürliche Auffassung der Lebensverhältnisse, die Willensfestigkeit und Selbstbekämpfung ab, welche Momente massgebend sind, wenn es sich um Susceptivität des Gehirnes bei Einwirkung von äusseren Reizen handelt. Neben der ursprünglich geminderten Disposition, welche die Landbewohnerinen durch ihre gemeinhin bessere Constitution aufweisen,

*) Leubuscher, Krankheiten des Nervensystemes. 1860. pag. 287.

ist vorzugsweise die Erziehung und Lebensweise derselben die Ursache, warum sie ungleich seltener hysterisch werden als die Stadtbewohnerinen, namentlich jene der höheren Klassen.

Geist und Körper sollen durch die Erziehung in entsprechender Gleichmässigkeit entwickelt werden. Werfen wir nun einen Blick auf die moderne Erziehung! Von den ersten Kinderjahren wollen wir nicht reden, sie gelten vor Allem der Pflege des Körpers, wenn wir auch nicht ausschliessen dürfen, dass für spätere Launen und Verzärtelung hier schon häufig der Grund gelegt wird. Im 5. oder 6. Lebensjahre tritt die geistige Erziehung, der Beginn der Elementarfächer, der Besuch der Schule an das Kind heran. Von dieser Zeit an datiren, wie uns die Erfahrung lehrt, manche Nervenleiden. Wir finden unter der grossen Anzahl von Kindern der verschiedensten Organisation sehr leicht einige heraus, bei denen weder die psychische noch die somatische Entwicklung den Anforderungen der Schule folgen kann. Nicht selten besitzen solche zarte und schwächliche Kinder Ehrgeiz genug, durch Anstrengungen den psychischen Mangel zu ersetzen und wir haben dann jene körperlich zurückgebliebenen, geistig strebsamen und reizbaren Kinder vor uns, welche uns die besorgten Eltern oft mit der Klage vorstellen: „Seit der Schulzeit sind sie so!“ Es ist zwar in neuerer Zeit manches geschehen, um den Uebelständen in der Schule zu steuern, allein es bleibt noch unendlich viel zu thun übrig, um das verzopfte Treiben einer gesunden, praktischen Lebenserfahrung weichen zu machen, die uns die Zeit mit wichtigeren Dingen nützen lehrt und dem weniger Nützlichen oder Unnöthigen seinen richtigen Platz anweist. — Der Umgang mit anderen Kindern führt nicht selten zu geschlechtlichen Ausschweifungen und Onanie, welche dann vor Allem den Grund zu Nervenleiden legen.

Mit 14—16 Jahren ist in der Regel die Institutserziehung geschlossen und nun treten die Mädchen, welche wir hier natürlich ausschliesslich im Auge haben, in die Welt ein. Statt aber den heranwachsenden Töchtern einen Einblick in das Laboratorium der Natur zu gestatten und ihnen eine praktische Grundlage in die Schule des Lebens mitzugeben, gibt man ihnen allen Firlefanz und alles mögliche Flitterwerk an die Hand. Unüberwachte Romanlectüre, früher Besuch der Theater, Bälle, nicht selten geschlechtliche Verirrungen (Onanie) thun das Uebrige. Diese Verhältnisse sind bei einem nicht sehr kleinen Bruchtheile unserer weiblichen Jugend wirksam. Dazu kommt noch die Zeit der Geschlechtsentwicklung, welche an und für sich bei zarter Organisation nicht ohne Einfluss auf die Nerventhätigkeit ist. Da bei solcher Erziehung das Wollen des Menschen, der Charakter keine Selbstständigkeit erhalten und der jugendliche

Geist in intellectueller, ästhetischer und moralischer Beziehung keine bestimmte Richtung bekommen konnte, so folgt er seinem jeweiligen Ideal, seinen Illusionen, und die Opfer einer solchen Erziehung gelangen endlich nach langen Irrwegen an dem Punkte an, wo Geist und Gemüth den unausbleiblichen Täuschungen und dadurch einer trüben, melancholischen Weltanschauung verfallen; die Nerven sind abgespannt vom Jagen nach dem Unmöglichen, so dass häusliches Glück für die meisten eine terra incognita ist; sie haben nicht gelernt, das einzig wahre Glück für das Frauenherz zu erkennen und zu erstreben.

Anders verhält sich die Erziehung auf dem Lande. Das einjährige Kind ist zum Theil schon sich selbst oder auch häufig der Aufsicht eines 4—6jährigen überlassen. Die Landkinder sind nicht gewöhnt, wegen kleiner Verletzungen oder Schmerzen zu jammern, weil sie wissen, dass sie höchstens desshalb ausgelacht würden. Geistige Anregung gibt es natürlich für sie, bis sie nicht schulpflichtig geworden sind, nicht und später ist das Lernen meist auf die Schulzeit beschränkt, da den Eltern das Verständniss für eine höhere Geistesbildung fehlt, ihnen dieselbe auch für ihren Stand ganz nutzlos erscheint. Dagegen hat der Körper die vollste Freiheit sich zu entwickeln, schwächliche Kinder gehen meist frühzeitig durch Vernachlässigung und sinnlose Quacksalbereien zu Grunde, während die anderen sich um so kräftiger entwickeln. Wenn auch auf dem Lande geschlechtliche Ausschweifungen, sowohl bei Kindern als in den Jugendjahren überhaupt, nicht selten vorkommen dürften, so leistet doch der gesunde kräftige Organismus Widerstand und die gewohnte Unterdrückung leichterer Schmerzen lässt eine ausgesprochene Hysterie nur selten aufkommen.

Auch die Lebensweise der Stadtbewohnerin als Frau, Gattin und Mutter muss hier berücksichtigt werden. Die veränderten Lebensverhältnisse, Coitus, Schwangerschaft, Puerperium äussern sich durch verschiedene oft sehr heftige Störungen der Nervenfunctionen bei vielen Frauen, während sie nur bei wenigen, welche vor ihrer Verehelichung an hochgradiger Reizbarkeit des Nervensystemes litten, mildernd und beschwichtigend wirken. Ich erinnere mich an eine Frau, welche dreimal nach einander vom 5. bis 9. Schwangerschaftsmonate an häufig auftretenden Lach- und Weinkrämpfen in Verbindung mit allgemeinen hysterischen Convulsionen litt, während sie im nicht schwangeren Zustande keine Spur von Hysterie zeigte.

Wenn nicht eine gute Erziehung und die richtige Auffassung ihrer Lebensaufgabe sowie die Liebe zu Gatten und Kindern sie gegen die von den späteren Lebensjahren nicht zu trennenden Unannehmlich-

keiten und den Verlust wie das Schwinden ihrer Reize, was die Damen der höheren Stände am empfindlichsten berührt, gegen kleinere oder bedeutendere körperliche Leiden stählen und sie dem Leben ein höheres Interesse abgewinnen lassen, so reicht selbst die grösste Resignation, die bewunderungswürdigste Geduld nicht aus, die häufigen psychischen Eindrücke der verschiedensten Intensität ohne nachtheilige Rückwirkungen auf das gesammte Nervensystem zu ertragen. Ein grosses Contingent zu den Hysterischen liefern die Wittwen. Wenn wir auch der Entbehrung eines gewohnten Geschlechtsgenusses nicht jede Einwirkung auf die Nerven absprechen wollen, so müssen wir doch vor der so häufigen Ueberschätzung dieses Umstandes warnen. Viel mehr leidet das Gemüth unter dem Schmerze über den verlornen Gatten, unter dem Bewusstsein der verlorenen Repräsentation, unter dem drückenden Gefühle des Allein- und Verlassenseins, der ungetheilten Sorge und Verantwortlichkeit für die Kinder. Diese anhaltend gedrückte Stimmung, welche oft noch durch Nahrungssorgen und durch anderweitige ungünstige Verhältnisse potenzirt wird, vermag sehr leicht bleibende Innervationsstörungen zu veranlassen. Ich erinnere hier daran, wie Menschen mit ganz normalen Nervenfunctionen unter dem Einflusse von Schrecken, Zorn, Schmerz momentan willenlose Bewegungen machen, hyperästhetisch sind. Um wie viel leichter wird eine Frau, deren Hoffnungen für das ganze Leben geschwunden sind, allmählich oder bei irgend welchen psychischen Veranlassungen der Hysterie verfallen.

Die Frau der höheren Stände, im Genusse jeder Bequemlichkeit, mit ihren ewigen Klagen über die Nerven und ihrer, ich möchte sagen, nervösen Furcht vor kommenden Leiden, contrastirt lebhaft mit der Frau auf dem Lande, die von dem Tage ihrer Entlassung aus der Schule unausgesetzt arbeiten muss und als Frau wie als Gattin zwar für Alles zu sorgen hat, aber nichts für sich beanspruchen kann. Die Landbewohnerin und die der arbeitenden Klasse angehörende Stadtbewohnerin haben keine Zeit, leichtere Beschwerden, Uebelsein, Schwächegefühl, Kopfschmerzen u. dgl. m. zu beachten; diese Frauen folgen nicht jeder Blähung, jedem Kollern im Unterleibe mit ängstlichem Blicke, sie lachen über die Städter, die mit Besorgniss jeden Tag vom Hausarzte ein Parere über ihr Befinden sich abgeben lassen. Ihre Verdauung ist in Folge ihrer Beschäftigung in freier Luft und überhaupt durch Bewegung und Arbeit beinahe stets geordnet; ihre mehr mechanische Beschäftigung sowie die mangelhafte geistige Ausbildung und bescheidenen Lebensansprüche sind wohl der wichtigste Grund, warum ihre Nerven so viel vertragen können.

Ausser den zahlreichen, verschiedenartigen Functionsstörungen in

den einzelnen Bezirken des gesammten Nervensystemes, welche wir bei der vorangehenden Besprechung der Symptomatologie und Aetiologie der Hysterie als mit der Sexualsphäre in einem bestimmten Causalnexus stehend kennen gelernt haben, sind es besonders folgende Neurosen, welche uns hier noch beschäftigen müssen:

1) Hysteralgie,
2) Spasmus vaginae (Vaginismus),
3) Pruritus vaginae et vulvae,
4) Coccygodynie.

1. Die Hysteralgie.

Zuerst muss ich hier darauf aufmerksam machen, dass bei den verschiedensten Gebärmutterkrankheiten (chronischen Infarct, fibrösen Tumoren, Inflexionen u. s. f.) wirkliche neuralgische Schmerzen auftreten. Diese stellen eine secundäre Neuralgie des Uterus dar im Gegensatze zu der Hysteralgie, welche als idiopathische, d. h. von Texturerkrankungen des Uterusparenchyms unabhängige Neuralgie aufgefasst werden muss. Gooch hat zuerst auf diese Neuralgie aufmerksam gemacht und sie als „krankhafte Reizbarkeit der Gebärmutter“ genauer beschrieben. Sowohl dieser Autor wie Scanzoni und Veit, welche einige Fälle dieses Leidens beobachtet und mitgetheilt haben, fanden keine wesentliche Veränderung des Uterus; Ashwell, Deewes und Andere sind dagegen der Ansicht, dass stets grössere organische Veränderungen der Hysteralgie zu Grunde liegen. Ich habe keinen Fall der in Rede stehenden Neuralgie, über welche überhaupt nur sehr wenige Beobachtungen existiren, gesehen, halte sie aber desshalb für eine reine Neuralgie, weil die Heftigkeit und die oft Decennien jeder Behandlung trotzende Dauer derselben sich aus dem Vorhandensein von materiellen Veränderungen des Uterus, (welche in Tausenden von Fällen derartige Schmerzen nicht verursachen), nicht erklären lässt. Wäre die Hysteralgie ein secundäres Leiden, so müsste die Berücksichtigung der Indicatio causalis bei der Behandlung einen sichtlichen Erfolg gewähren, was aber erfahrungsgemäss nicht der Fall ist. Ihr Auftreten bei der Hysterie ist selten.

Nach den verschiedenen Beobachtern charakterisirt sich die Hysteralgie durch mehr weniger heftige, beinahe anhaltende, selten einige Stunden unterbrochene, oft exacerbirende Schmerzen in der Tiefe des Beckens; sie sind im Allgemeinen weniger heftig bei absoluter Ruhe des Körpers, obwohl bisweilen auch die Nachtruhe durch Schmerzparoxismen gestört wird. Sehr vermehrt wird der Schmerz durch Berührung der Portio vaginalis, daher solche Kranke eine grosse

Angst vor der örtlichen Untersuchung haben, sowie durch Bewegungen und bei aufrechter Stellung des Körpers. Während des Paroxismus haben die Kranken das höchst qualvolle Gefühl, als läge eine brennende Kohle an der schmerzhaften Stelle; zugleich strahlen die lancinirenden, flüchtigen Schmerzen in die Inguinal- und Lendengegend der leidenden Seite, oft bis zu den Schenkeln herab, aus, während die andere Seite nur auf der Höhe des Paroxismus in unbedeutendere Mitleidenschaft gezogen wird. Die Menstruation scheint auf die Hervorrufung von Paroxismen nur geringen Einfluss auszuüben.

2. Vaginodynie (Vaginismus), Krampf der Scheide.

Man versteht darunter bekanntlich eine entweder über die ganze Scheide ausgedehnte oder nur auf den Musculus constrictor cunni beschränkte, spasmodische Contraction, welche sich durch ein den Kranken sehr unangenehmes, meistens höchst schmerzhaftes Gefühl von Zusammenschnüren der Scheide äussert, oder aber in Folge von Einwirkung directer Reize auf die Genitalien hervorgerufen wird. Der tonische Krampf, welcher meist bei Beginn des Coitus, oft aber auch kurz vor Beendigung desselben eintritt, so dass der Penis krampfhaft umschnürt und in der Vagina zurückgehalten wird, kann von wenigen Minuten bis $^1/_4$ Stunde dauern. Hildebrandt erzählt im Archiv für Gynaekologie (III. Bd. pag. 221. 1872) einen diesbezüglichen interessanten Fall. Dieser Spasmus beruht meist ausschliesslich auf einer Hyperästhesie der peripherischen Nerven, welche die Genitalien und Oberschenkel versorgen, bisweilen auch zugleich auf einer psychischen Hyperästhesie, da bei einigen Kranken schon der Gedanke an einen örtlichen Reiz genügt, um den Krampf hervorzurufen. Während bei einzelnen Kranken psychische Affecte — Angst, Schrecken, Furcht vor Exploration, Coïtus — oder der Einfluss der Bettwärme bei vollständiger körperlicher und geistiger Ruhe die Paroxismen veranlassen, stellen sich bei den meisten derartigen Leidenden letztere nach anstrengenden Körperbewegungen — längerem Gehen, Reiten, Tanzen u. s. f. — oder bei dem wegen abnormer Enge der Vagina oder Derbheit des Hymens wiederholt misslungenen Versuche des Coïtus, (wobei die ausseren Genitalien sich entzündeten), ein; endlich erscheinen dieselben bei der lokalen Exploration oder Behandlung der Kranken, so dass sehr häufig die örtliche manuelle Untersuchung, vorzugsweise das Speculiren unmöglich erscheint.

Ich behandelte vor einigen Jahren drei Neuvermählte an diesem Zustande, bei welchen den Ehegatten die Ausführung des Coïtus nicht gelang und welche bei dem Versuche der Exploration die Oberschenkel

so fest an einander pressten, dass nur durch Chloroformirung ein ärztliches Handeln ermöglicht werden konnte. Erst nach länger dauernder Behandlung bedurfte man der Narkose nicht mehr, aber dann musste die Untersuchung sehr langsam ausgeführt werden, um die nachtheilige Einwirkung der oberen Extremitäten, welche gewöhnlich zuckende Bewegungen machten, hintan zu halten.

Bisweilen ist der Spasmus vaginae wie der Pruritus vaginae et vulvae von Harn- und Stuhlzwang begleitet. Der Vaginismus erscheint sehr häufig als Theilerscheinung der allgemeinen Hysterie, wo dann auch gewöhnlich dysmenorrhoische Erscheinungen und zugleich örtliche Erkrankungen der Genitalien vorhanden sind; namentlich sind Vaginitis und Vulvitis, dann Krankheiten des Uterus (chron. Infarct, Inflexionen, Carcinome u. s. w.) oder Ovarientumoren, bisweilen Krankheiten der Harnblase und des Mastdarmes (Trichocephali) die Ursache der Entstehung dieses quälenden Leidens. Simpson hat in einigen Fällen wahre Neurome unter der Mucosa der Vagina gefunden. Dr. Neftel beobachtete mehrmals die wenig gekannte Erscheinung der Entstehung von Vaginismus in Folge von Vergiftung durch Bleisalze. Er publicirte 1868 im Centralblatt für mediz. Wissensch. 3 Fälle, in welchen drei junge Damen in Folge des Gebrauches von bleihaltigen Schönheitsschminken an hochgradigem Vaginismus erkrankten. 1873 fand er bei einer an Vaginismus leidenden Schauspielerin Blei im Urin und stellte sich auch bei derselben alsbald eine heftige Bleikolik ein. In sämmtlichen Fällen führte nach seiner Angabe die erfolgreiche Behandlung der Bleivergiftung auch zur Heilung des Vaginismus.

Von den 22 Fällen, in denen ich den Vaginismus constatirte, waren 7 ohne nachweisbare örtliche Erkrankung, aber mehr minder hochgradig hysterisch; von den übrigen 15 Kranken litten 4 an Retroflexio, 3 an Anteflexio und -Versio uteri mit chronischer Metritis und Endometritis, 4 an hochgradiger Endometritis mit Ulcerationen an dem Orificium externum, 3 an mangelhafter Entwicklung des Uterus und der Vagina und 1 an chronischer Oophoritis. — In den zuletzt beobachteten 6 Fällen untersuchte ich auf Bleivergiftung, konnte indess in keinem Falle eine solche diagnosticiren.

3. Zu den sehr unangenehmen und leider ziemlich häufigen Neuralgien zählt der

Pruritus vaginae et vulvae.

Derselbe beruht auf einer Hyperästhesie der sensiblen Nerven genannter Theile und charakterisirt sich durch ein meistens von der Clitoris und den Labien, seltener zugleich von dem unteren Theil der Vagina ausgehendes, heftiges Jucken, welches gewöhnlich von

Wollustempfindungen begleitet wird, die Kranken zum Kratzen an den betreffenden Stellen veranlasst und später selbst bei moralisch widerstandsfähigen Frauen zu onanistischen Reizungen und zunehmender Abneigung gegen die Cohabitation führt. Das Leiden, welches mit Intermissionen Monate und Jahre lang dauern kann, tritt gemeinhin bei Nacht durch die Bettwärme viel intensiver auf — die Kranken können desshalb oft nur wenig schlafen —, und kenne ich mehrere Fälle, bei welchen sich des Tages eine vollständige Remission zeigte. Stärkere körperliche Anstrengungen, meist auch psychische Aufregungen, der Genuss von geistigen Getränken, endlich die Zeit unmittelbar vor dem Eintritte der menstrualen Congestionen bedingen eine wesentliche Exacerbation des Uebels. Unmittelbar nach der Periode findet in der Regel eine wesentliche Verminderung des Juckens, welche einige Tage anhält, statt. Gewöhnlich sieht man ein leichtes papulöses Exanthem (Prurigo), welches durch Kratzen an In- und Extensität zunimmt und an einzelnen Stellen zum Ekzem werden kann. Es findet dann auch eine Ausdehnung des Pruritus nach dem Mons Veneris und dem Perinäum statt.

Bei längerer Dauer dieses qualvollen Zustandes entwickelt sich unausbleiblich eine gedrückte Gemüthsstimmung; die Leidenden isoliren sich und verfallen nicht selten in Melancholie. Wie oben bemerkt, kommt der Pruritus sehr häufig vor und würde derselbe gewiss viel öfter beobachtet werden, wenn er von den Frauen nicht aus falschem Schamgefühle so oft verheimlicht würde.

Der Pruritus tritt wohl sehr selten als idiopathisches Leiden, d. h. ohne dass eine anatomische Veränderung ein causales Moment abgibt, auf und sucht sich dann seine Opfer gewöhnlich aus der Reihe der Hysterischen und solcher, welche geheime Sünden treiben; häufig sind es auch ältere in der klimakterischen Periode stehende Frauen. Ungleich häufiger erscheint diese Neuralgie als secundäres Leiden und dann in der Regel während der Zeit der Geschlechtsreife. Congestionen, Entzündungen der äusseren Genitalien, der Vagina und des Uterus, besonders eine stärkere Ausscheidung von reizenden Sekreten bei Carcinomen, Blasen- und Mastdarm-Scheidenfisteln, Lageabweichungen, Fibroiden des Uterus, auch Erkrankungen der Ovarien, endlich Excoriationen, Exantheme oder Ungeziefer an den äussern Genitalien und die schon beim Vaginismus als ursächliches Moment angegebenen Trichocephali, welche bisweilen in die Vagina wandern, veranlassen besonders gerne dieses Leiden. Auffallend muss der Umstand erscheinen, dass in mehreren Fällen von Uterin- und Vaginalblennorrhoe, bei welchen unter Anderem eine stärkere oder schwächere

Alaunlösung durch Injection oder durch einen damit befeuchteten Tampon in die Vagina mehrere Tage nacheinander gebracht wurde, Pruritus entstand, während in einer grossen Anzahl von Fällen der von Scanzoni empfohlene Alaun in derselben Lösung, wie ich mich oft überzeugte, in relativ kurzer Zeit vollständige Heilung des Pruritus herbeiführte. Entweder war die Qualität des Alauns eine verschiedene, oder es war eine eigenthümliche Reaction in den betreffenden peripherischen Nerven vorhanden.

Ich habe 64 Fälle von Pruritus Vaginae et Vulvae notirt; von diesen konnten nur 10 als idiopathisch angesprochen werden und nur 4 von diesen 10 Fällen zeigten exquisit hysterische Symptome. Die anderen 54 Fälle waren symptomatisch und wurden 34 durch profuse Secretionen aus dem Uterus, 15 durch Anschwellungen, Varicositäten und Excoriationen an der Vulva, 5 durch papilläre Excrescenzen am Orificium urethrae verursacht. Dass die Congestionen an den äusseren Genitalien keine unbedeutende Rolle in der Aetiologie des Pruritus spielen, entnehme ich daraus, dass ich durch wiederholte Application von 3—5 Stück Blutegeln an die Vulva — ein Mittel, welches meines Wissens noch von keiner Seite dagegen empfohlen wurde — in 8 Fällen Heilung des qualvollen Zustandes, welcher allen anderen angewendeten Mitteln hartnäckig Widerstand geleistet hatte, erzielte.

4. Coccygodynie.

Simpson *) hat zuerst auf diese Neuralgie aufmerksam gemacht und sie genauer beschrieben. Während meines Aufenthaltes in Edinburgh hatte ich Gelegenheit, in Simpson's Ambulatorium mehrere derartige Fälle zu beobachten und habe ich auch einen solchen im bayer. Intelligenzblatt (5. Mai 1860) ausführlich mitgetheilt. Seit dieser Zeit kamen mir 14 solche Fälle zur Beobachtung. Scanzoni **), Hoerschelmann ***) u. A. haben über diese Neuralgie grössere Mittheilungen gemacht.

Das massgebende Symptom ist ein durch jede active oder passive Bewegung hervorgerufener Schmerz in der Steissbeingegend, welcher durch Niedersetzen, Aufstehen oder bisweilen auch durch Verbleiben in sitzender Stellung vermehrt wird. Die meisten Kranken sind durch die Intensität des Schmerzes veranlasst, sich nur auf ein Sitzbein niederzulassen und können auch in dieser Stellung oft nicht lange

*) Medic. tim. and gaz. 470. 1859.

**) Würzburger medic. Zeitschrift, II. pag. 4.

***) Hoerschelmann, Petersburg. medic. Zeitschrift Heft 16. 1862.

verbleiben; sie müssen sich ferner beim Niedersetzen durch eine auf den Stuhl aufgelegte Hand stützen, ja die Schmerzhaftigkeit kann so gross sein, dass sie sich nicht niederzusetzen getrauen. Für andere Leidende ist Gehen oder jede Thätigkeit des Spincter ani oder der Ischiococcygeal-Muskel, sei es zum Behufe der Defaecation oder anderer Verrichtungen, ungemein schmerzhaft. Der Schmerz erscheint nicht in jedem Falle und nicht zu jeder Zeit gleich gross. Druck auf das Steissbein und Bewegung desselben durch den explorirenden Finger verursacht die heftigsten Schmerzen. Die Bezeichnung Coccygodynie bezieht sich nur auf das hervorragendste Symptom. Die pathologische Natur der Krankheit scheint auf einer Hyperästhesie des Steissbeines oder vielmehr der Steissbeinverbindungen und des anliegenden Gewebes zu beruhen.

Die Affection gehört beinahe ausschliesslich dem weiblichen Geschlechte an, sie kann durch ein Trauma (Partus), durch Rheumatismus oder Entzündung des betreffenden Theiles bedingt sein oder aber als Theilerscheinung der Hysterie — was übrigens sehr selten der Fall ist — auftreten. Erkrankungen der Beckengenitalien scheinen nicht ohne Einfluss auf das Leiden zu sein, da ich unter den 14 Fällen von Coccygodynie, die ich beobachten konnte, 6 notirte, bei denen ausgesprochene materielle Veränderungen des Uterus vorhanden waren. Das Leiden wird auch bei ganz jungen Mädchen beobachtet.

Inhaltsverzeichniss.

Seite

Symptome der Hysterie.

Sensibilitätsstörungen 1

Motilitätsstörungen 18

Störungen in den trophischen und vasomotorischen Nerven . . . 52

Verhalten der psychischen und cerebralen Thätigkeit 53

Acute Hysterie 63

Wesen und Ursachen der Hysterie 65

Einfluss der verschiedenen Geschlechtskrankheiten auf die Entwicklung der Hysterie 86

Einfluss der Chlorose, des Nachahmungstriebes, der Heredität, des Lebensalters, des Temperamentes und der Körperconstitution, der Erziehung und Lebensweise auf die Entstehung der Hysterie 104

Causalnexus der Geschlechtskrankheiten mit Hysteralgie, Vaginismus, Pruritus vaginae et vulvae und Coccygodynie 114